

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie et Biologie :**

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0009040**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **2314B**

Matricule : **6183**

Société : **Royal air maroc**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **BAYDOURI KHALIL**

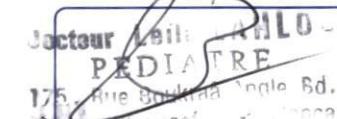
Date de naissance : **18/07/61**

Adresse : **Quartier des Ittipitou x Angle Sétta et Avenue Fathia Boudjedra**

Tél. : **0661339012** Total des frais engagés : **56100 Dhs**

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **92 / 01 / 2020**

Nom et prénom du malade : **Baydouri Khalil**

Age : .....

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : **Angine**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

**28 FEV 2020**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

8

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12.01.2020	a	.	250	Docteur Leila ZAHLOU PEDIATRE 175, Rue Boukraâ Angle Bd. Moulay Youssef - Casablanca 022 27 58-33/34

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES HABOUS Mespoulat Mourad 73, Bd Victor Hugo Tél 0522 44 96 36-CASABLANCA	22.11.2010	311,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the HDBS model's underlying lattice structure. It features a hexagonal arrangement of nodes, each labeled with a number from 1 to 8. The nodes are interconnected by a network of lines forming a hexagonal pattern. A vertical axis, labeled 'H' at the top, passes through the center of the hexagon, intersecting nodes 1, 2, 4, 5, 6, 7, and 8. A horizontal axis, labeled 'D' on the left, also passes through the center, intersecting nodes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. A third axis, labeled 'B' at the bottom, is oriented diagonally, passing through nodes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8.

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Casablanca, le : 22.01.2020

Nom - Prénom : Baydouri Zineb  
 Poids :

168<sup>20</sup>

① Augmenter mettts 1g .  
 lait  $\alpha$  25  $\alpha$  8g

158<sup>0</sup>

② Doliphen cp effervescent  
 500mg  
 1cp  $\alpha$  3L si fièvre .

127,50

③ Duttoneex (1)

311,00

PHARMACIE DES HABOUS  
 NESFIOU Mounia  
 175, Bd Victor Hugo  
 Tel: 0522 44 96 36-CASABLANCA

Doctor Leïla LAHLOU-BERRADA  
 PEDIATRE  
 175, Rue Boukraa Angle Bd.  
 Moulay Youssef Casablanca  
 Tél: 0522 44 96 36



AMoxicilline-acide clavulanique

1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

... كيس ... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 619315  
PER: 03/21

Doliprane®  
PARACETAMOL 500 mg

16 comprimés  
effervescents



PPV 168,20 DH  
080342  
PER 03/22  
LOT 1582

↓  
15,80

DULTAVAX

1 seringue - 0,5 ml - 1 dose

E 118001 080342

P.P.V.: 122,00 DH  
Dultaflex (m��) Ser 1 dose

Alu sépta Capsule

Rouge de Reubarbe P.1

Sanofi-Aventis Maroc

EXP: 09/2020  
LOT: P3K375V  
MANUF: 21049201Y

↓  
127,00