

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

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.

## optique :

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 canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

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 Angle 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](http://www.mupras.com)

AB - 23171

**Déclaration de Maladie : N° P19-0019288**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 01515

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

Adresse :

Tél. :

ANAJIT Abdellah

141 LOT COMMERCIAL 111 MARRAK

06400 60021

17/12/19

Date de naissance :

Total des frais engagés :

1959,90 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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.

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

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
2019/2020	9		250	DR. DUCHESNE ALAIN DR. DUCHESNE ALAIN

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE Sidi Maarouf Rue 1100 BP 32233 55 87 Tunisie	20/2/2020	1700.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. The grid is bounded by a thick black border. Four arrows point outwards from the center: a blue arrow pointing up labeled 'H', a red arrow pointing right labeled 'G', a green arrow pointing down labeled 'B', and a blue arrow pointing left labeled 'D'.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Rachida KERROUM

Spécialiste en endocrinologie  
diabétologie, Maladies métaboliques,

(Diabète - Goitre - Hypertension artérielle -  
Cholestérol - Troubles de la croissance -  
Pathologie surrénale et hypophyse)

# الدكتورة رشيدة كروم

أخصائية في أمراض الغدد  
والسكري والأمراض الأيضية

(مرض السكري - الغدة الدرقية - الضغط الدموي  
كوليستروл اختلالات النمو - الغدة النخامية)

Casablanca, le : 20/02/2022  
الدار البيضاء في:

49,60 x 2

Mr Naji Sou

- Dernier bilan AB

43700

X3

99,00

- Dernier bilan

87,30

24,40

X3

134,00

X3

1709,90

PPV: 49,60 DH  
LOT: 19L02/8  
EXP: 12/2022

PPV: 49,60 DH  
LOT: 19L02/8  
EXP: 12/2022

6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

Lot: 706  
À consommer de  
préférence avant le : 11/2022  
PPC : 99,00 DH

87,30

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

، إقامة أحفاد عماره E رقم 2 سيدى معروف - أولاد حدو - الدار البيضاء

Avenue Abou bakr El Kadiri, Résidence Ahfad, Imm. E, N°

Ouled Haddou, Casablanca - Tél.: 05 22 78 05 89 / 07 07 11 33 11

7862160342



611 800110202 0  
Levotyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



6 118001 102013  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160334



6 118001 102013  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



611 800110201 3  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160333