

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

## Conditions 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.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

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

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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 068025

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1952

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sayyuti Driss

Date de naissance : 1948

Adresse : 187 Oufza Rue 29

Télé. 0675777335

Tél. 0522933415.1

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/02/2020

Nom et prénom du malade : Sayyuti

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

ACCUEIL

## 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
29/02/2020	V		210	

## EXECUTION DES ORDONNANCES



Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur      Date      Montant de la Facture  
 1.3.20 818.70

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	B	G		DATE DU DEVIS
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

**Dr. Khalid TOUABI**  
CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire  
Maladie Sexuellement Transmissibles  
Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle  
Lithoratripte extra-corporelle  
Membre de l'Association Française d'Urologie  
Diplômé de l'université de Nice  
Sophia-Antipolis ( France )



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في امراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الامراض التناسلية - تقوية الحصى  
عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية والمسالك البولية  
خريج كلية الطب بنين ( فرنسا )

Casablanca, Le:

01/10/2020

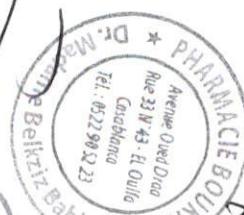
SAYOUR Dr. KHALID

16320X3



3 min

10/10/2020



3 min

10970X3



10/10/2020

8187



11، زنقة الامير مولاي عبد الله (فوق ايفرولي). الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca  
Tél.: 0522.27.19.30 - الهاتف: Email : urotk@yahoo.fr

**CONTIFLO®**



PPV: 1090H70

30 Gélules  
à libération prolongée  
Voie orale

**0.4 mg**



**CONTIFLO®**



PPV: 1090H70

30 Gélules  
à libération prolongée  
Voie orale

**0.4 mg**



**CONTIFLO®**



PPV: 1090H70

30 Gélules  
à libération prolongée  
Voie orale

**0.4 mg**



30 جماليات

دواء

0,5

دواء دوستا®

DUSTA® 0,5 mg  
Dutasteride  
30 capsules molles  
PROMOPHARM S.A.

6 118001 260935



N° de LOT.: LF13330B  
Date d'EXP: 09/2020  
PPV : 163 Dhs 20



30 جماليات

دواء

0,5

دواء دوستا®

DUSTA® 0,5 mg  
Dutasteride  
30 capsules molles  
**PROMOPHARM S.A.**

6 118001 260935



N° de LOT.: LF13330B  
Date d'EXP: 09/2020  
PPV : 163 Dhs 20



30 جماليات

دواء

0,5

دواء دوستا®

DUSTA® 0,5 mg  
Dutasteride  
30 capsules molles  
PROMOPHARM S.A.

6 118001 260935



N° de LOT.: LF13330B  
Date d'EXP: 09/2020  
PPV : 163 Dhs 20

