

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **que :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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

désision 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0040812

SD: 27/4/11

Optique       Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : ..... 616 ..... Société : ..... R.A.M. ....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : ..... SAHLI LAHADICINE .....

Date de naissance : ..... 01.06.1948 .....

Adresse : ..... HAY EL INARA 1. RUE 14 N°11. CASA Aïn Chock .....

Tél. 06 75 83 53 62 Total des frais engagés : ..... Dhs .....

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... 07/05/2010 .....

Nom et prénom du malade : ..... Nouria El Rayes Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : ..... Diabète + dyslipidémie + HTA .....

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 : 7.15.120 .....

Signature de l'adhérent(e) : ..... C. J. M. A. .....

### **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie Nº P19-040812

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
07/05/2022	Consultation	1	1500	<i>Docteur Asmâa GOURIA Médecin Généraliste Echographie Clinique Télé: 05 22 50 38 22 - GSM: 06 74 98 87 68</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MOUSSINE</i> MOUSSINE LIA 834, Av. 2 Mars Prolongée Kara I Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76	07/05/2022	870,30

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

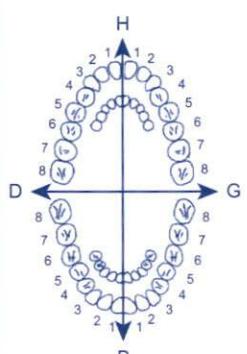
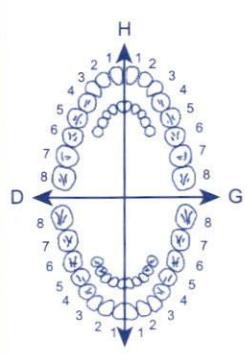
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale  
Echographie Clinique  
Electro Cardiogramme  
Gynécologie Femmes, Hommes  
et Enfants



# الدكتورة أسماء غورج

الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب  
طب النساء، الرجال  
والاطفال

Casablanca le

٤٣٧١٠



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

٣١,٣٠

٢. زينيت سوس

٤٣٧١٠ ١٢ ١٢ ٥٢٥٣

١). Crestor ١٠

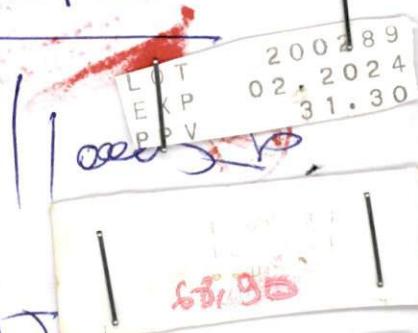
٦٨,٩٠ ١٢ ١٢ ٥٢٥٣ - ١٧٤

٤). Fluadex ٤٠

هي مولاي عبد الله زينة رقم ١٥٣ الاناء ١ عن الشق - الدار البيضاء - الهاتف : ٠٥ ٢٢ ٥٠ ٥٠ ٣٢  
Hay Mly. Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I - Ain Chock - Casablanca - Tel: 05 22 50 50 32  
GSM : 06 74 68 87 68 - Email : docteurdourlaasmâa@live.fr

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Qf Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111



5) Jour, de la (N°)  
45,00 x 2 = 90,00  
PPV 110 T 21



870, 9

Docteur Asmâa GOURIA  
Médecine Générale Echographie Clinique

Centre Cardiogramme  
Hay M'hamed 31, Rue 33 N° 31, Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 50 50 32 - GSM: 06 74 68 87 12

PHARMACIE MOUHSINE  
MOUHSINE Leïla  
8341 Av. 2 Mars Prolongée Inara  
Casablanca Tel: 05 22 21 09 78