

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

## **Informations 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.

## **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.

## **Dentaire :**

- 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.

## **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 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

ND: 32871

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0004506**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : **8754**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HASSANI ABDELILAH**

Date de naissance : **27-10-1965**

Adresse :

Tél. : **0666871065**

Total des frais engagés : ..... Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

*Dr. Fatna SOUTAIL  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Maârif Angle Brahim Roudani et  
Abou Ishak Al Marouni - Casablanca  
Tél : 05 22 99 63 63*

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : **EL HASSANI MOHAMED REDA**

Age : **13 ANS**

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 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 : **CASABLANCA**

Le : **02/06/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## 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 JUIN 2020	my	6	300,00	<i>Dr. Catina S. Professeur de la Faculté de Médecine de Casablanca Professeur de Brasim Roudani Place Naâni Al Marouf - Casablanca Tel: 05 22 99 63 63</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Bd Ben Abderrahmane - Casablanca</i>	02.06.2020	284,10

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

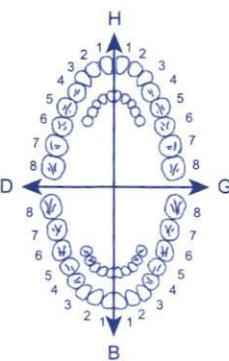
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

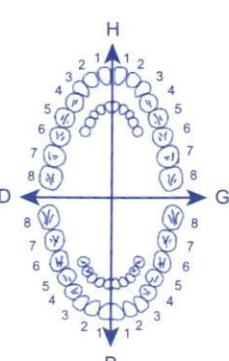
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
G				
B				
[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

El Hassani Mr Reda  
 Casablanca, le

02 JUIN 2020

MS. N° 21	<u>Aramys</u> 	1 juli masale 2 fort x 0 1 mor
31.9. x 2		
21	<u>Typhiz</u> 	dem le soir 00 1 mor
45.30 21	<u>Ventoline</u> 	spray x 2 a 3 fort 00 5 giorn

224. N



Dr. Fatna SOUHAIL  
 Professeur de Pédiatrie  
 Espace Maârif, Abou Ishaq Al Marouni Casablanca  
 Tel: 05 22 99 63 63

# Zyrtec®

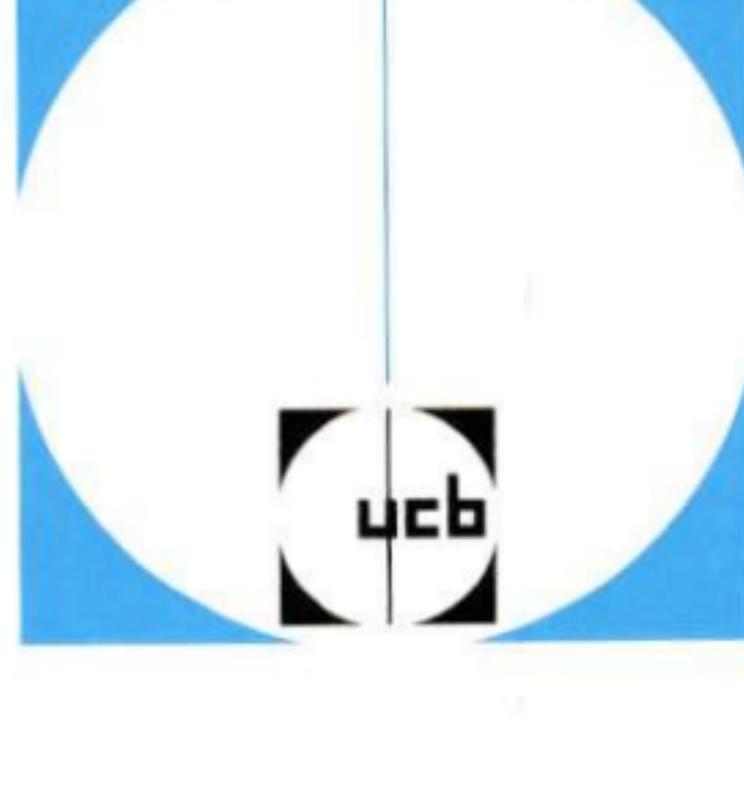
1mg/ml

Cétirizine

Voie orale



Solution buvable  
Flacon de 60 ml



31,90



# Zyrtec®

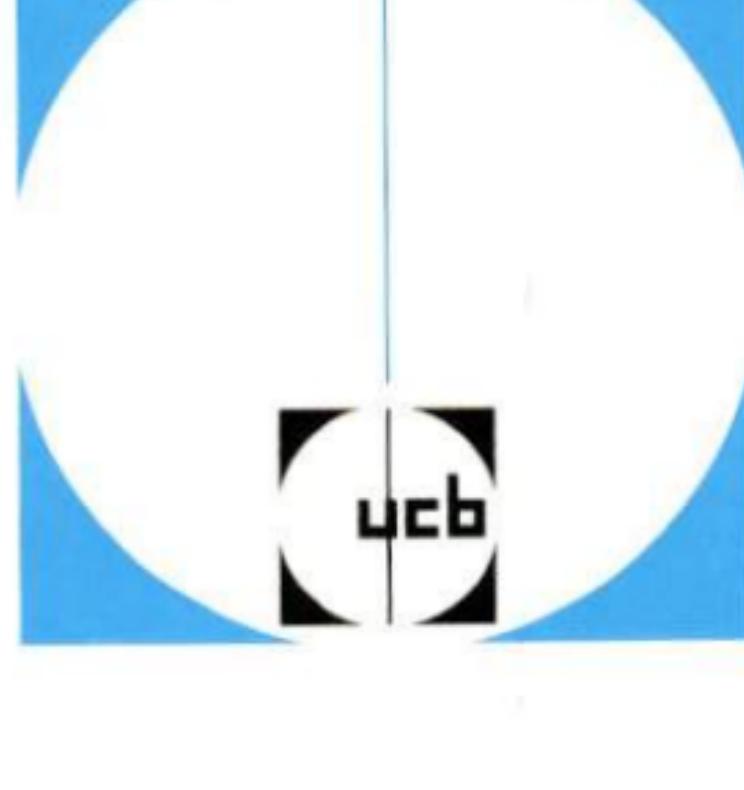
1mg/ml

Cétirizine

Voie orale



Solution buvable  
Flacon de 60 ml



31,90



# Ventoline

## 100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé.

### COMPOSITION :

Sulfate de salbutamol .....  
..... 120,50 µg\*  
quantité correspondant à  
salbutamol ..... 100,00 µg\*  
pour une dose

Gaz propulseur :  
norfluorane (téttrafluoroéthane  
ou HFA 134a)

\*µg= microgramme

Lire la notice avant  
utilisation.

Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants.

Agiter avant utilisation.

**Titulaire d'AMM au Maroc:**  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

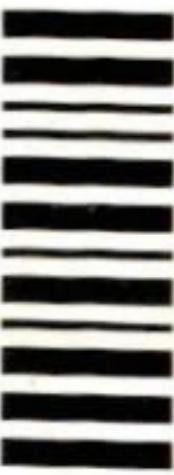
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



Région de Rabat  
Ain El Aouda  
GlaxoSmithKline

**Fabricant :**  
Glaxo Wellcome Production  
27000 Evreux - France



Froide de flacon  
Suspension pour pulvérisation nasale  
27,5 microgrammes/pulvérisation

**Avamys**

France  
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 115 00 DH  
 118001 142262

0 : id : 635409