

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## ique :

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.

## entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0039221

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2994

Société : R.A.M

(34466)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAHYD Aïcha

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : Hélyel mawjed n° 1947  
Neuville

Tél. : 0668503700

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeljalil NAAMANE  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE  
Bloc "Q" N° 12 - Deroua  
Tél. 05 22 53 28 25

Date de consultation : 30 MAI 2020

Nom et prénom du malade : CHAHYD Aïcha

Age : 73 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : diabète + Constat

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.

23 JUL 2020

ACCUEILL 2020

Fait à : DEROUA

Signature de l'adhérent(e) :

(JM)

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº P19-039221

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 : 2994

Nom de l'adhérent(e) : CHAHYD

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30 MAI 2020     | ce                | A                     | 16,00                           |  |
|                 |                   |                       |                                 | Dr. Abdellah MEDDEINE ECHO GRP<br>Q.N. 05 22 5328              |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur            | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE D'ERAK FOUAU<br>PHARMAKOMMERCIEL D'ERAK | 30/06/2022 | 66902                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### 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 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         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |             |                         |
|                              | H   | 25533412 21433552<br>00000000 00000000 | D           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              | D   | 00000000 00000000<br>35533411 11433553 | G           |                         |
|                              | B   |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |  |             | DATE DU DEVIS           |
|                              |   |  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

**Abdeljalil Naamane**

**عبد الجليل نعمان**

Docteur en Médecine

دكتور في الطب

Echographie

الفحص بالصدى

Bloc Q N° 12 - Deroua

بلوك ك رقم 12 - الدروة

Tél.: 05 22 53 28 25

الهاتف : 05 22 53 28 25

Visite à Domicile

زيارة في المنزل

## ORDONNANCE

30 MAI 2020

Deroua, le : ..... : الドروة في : .....

J<sup>ME</sup> CHATRIS , Archie

1300<sup>0</sup>+3  
→ jaminet № → 1000g (03)  
170<sup>0</sup>+2  
→ Amniotique 1  
1400<sup>0</sup>+2  
→ Oedème 1  
1500<sup>0</sup>+2  
→ gel V 1  
2069.00  
→ gel 1

PHARMACIE DEROUA  
EL HAÏK FOUAD  
PHARMACIEN  
16, Centre Commercial Deroua  
Tel: 0522 53 21 77 / Fax: 0522 53 25 10

Dr. Abdeljalil NAAMANE  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE  
BLOC "Q" N° 12 - Deroua  
Tél: 05 22 53 28 25

70027254/010414-1

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

70027254/010414-1

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

70027254/010414-1

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

89.00

89.00

LOT : 181764  
PER : 08-21  
PPV : 140,000 DH

LOT : 191343  
PER : 04-22  
PPV : 140,000 DH

CELEBREX 200 mg  
Boîte de 20 gélules

Lot : 1274781

Date Fab : 05 / 2018 Date Exp. 04 / 2022

PPV : 150,00 DH

CELEBREX 200 MG  
Boîte de 20 gélules

Lot : 1280010

Date Fab : 08 / 2018 Date Exp. 07 / 2022

PPV : 150,00 DH