

# 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.

## 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.

## Prothétique :

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 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

N° P19- 047261

N° D:

34928

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 505 ..... Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Tamine Mohamed

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : Hay Alimara, 1 Rue 1 N° 21 Casab

Tél. : 0665931039 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2006

Nom et prénom du malade : Tamine Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA + dyslipidémie tabacobéty

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) :

## 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
20/07/2010	9 A	150		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LUMIERES LAHERRERE 550 RUE ALI KODS - INRA CASABLANCA ANNEE 2009	20/07/2010	1119,80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>														
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> </table>					H	25533412   21433552	00000000 00000000		D	00000000 00000000	35533411 11433553		B	G
H	25533412   21433552													
00000000 00000000														
D	00000000 00000000													
35533411 11433553														
B	G													
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
<b>MONTANTS DES SOINS</b>														
<b>DATE DU DEVIS</b>														
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

## Docteur Asmâa GOURJA

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

## الدكتورة أسماء ثورجة

الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب  
طب النساء، الرجال  
والأطفال



Casablanca le .....  
Dr. Asma GOURJA  
Echographie Clinique  
Gynécologie Femmes, Hommes  
et Enfants

457,20	75,20 x 6		
D. A. P	100 ₦	(NS)	PHARMACIE LUMIERES LAHRICHI SARL AL 50, Bd. Al Kods - INARA AIN CHOCK - CASABLANCA Tél.: 05 22 52 40 79
80,40	12 ₦	لوك	13,40 x 6
2. levofly nos 500	2	(NS)	
768,00	7 ₦	لوك	
379,80	28,00 x 6	(NS)	
2. Triptan 100 mg	12 ₦	لوك	13,30 x 6

حي مولاي عبد الله زنقة 153 رقم 31 الائارة 1 عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 50 50 32

Hay Mly. Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 50 50 32

GSM : 06 74 68 87 68 - Email : docteurqouriaasmae@live.fr

40,40

D. ST ipsa

1119,80

20,20x2

PHARMACIE LAHRICH SARL AL KODS - INARA  
1550, Bd. AL KODS - CASABLANCA  
AIN CHOCK 225240 29

car Nicla

(2y)

15



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

7862160336

LOT 190840  
EXP 05/2022  
PPV 75.20DH

63,30

63,30

63,30

63,30

63,30

63,30

LOT 191702  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

98,00

28,00

LOT 200409  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH

28,00

Lot. 3499  
Per.: 11 2022  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

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

7862160336

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

7862160336

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

7862160336

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

7862160336

Lot. 3499  
Per.: 11 2022  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

75,20

LOT 200409  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH

75,20

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

7862160336

75,20