

## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-505507

35620

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7281 Société : K.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUCHANE EL MOSTAFA

Date de naissance : 26.02.68

Adresse : LOT VIOLETTE, RUE 2, N°37, CALIFORNIE, CASABLANCA

Tél. : 06.61.14.30.00 Total des frais engagés : 1086 + 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/20

Nom et prénom du malade : ABOUCHANE EL MOSTAFA

Age : 52

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 04/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



# RELEVÉ 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
2/11/20	Ca		2532	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/07/20

1086,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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



Cetolerg® 10 mg  
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

Cetolerg® 10 mg  
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

Cetolerg® 10 mg  
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

Cetolerg® 10 mg  
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

Cetolerg® 10 mg  
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

Cetolerg® 10 mg  
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

تور عبد العزيز الشاذلي  
DR. ABDELAZIZ CH

Aeromax 100µg/dose

Flacon pulvérisateur



6 118001 110360

Aeromax 100µg/dose

Flacon pulvérisateur



6 118001 110360

SAFLU 125 microgrammes

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses



6 118001 101283

SAFLU 125 microgrammes

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses



6 118001 101283

SAFLU 125 microgrammes

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses



6 118001 101283

Systral® 15 mg  
Crème 20 g



6 118000 1030515

02/07/2020

ABOUCHANE SABRIN

Saflu 125

2 inhalations le matin et le soir, pendant 3 mois

Cetolerg cp 10 mg/Bte 15

1 cp par jour, le soir, pendant 3 mois

aeromax

Chaque Jour(s), 2 Gouttess, 2 fois par jour pendant 1 Mois

Systral :

1086.60

PHARMACIE AL KINDIG  
Dr. Taoufik BAKAZZOUK  
48, Rue 1, Lot Haridia  
Les Crêtes, Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 50 72 57

Dr. Abdelaziz CHADLI  
Médecin  
10, Bd. de la Grande Ceinture  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél: 05 22 62 45 45

16, شارع الحزام الكبير، تجزئة نادية، الطابق 2، الحي المحمدي الهاتف 0522 62 45 45 : الممثل 0661 41 88 03

16, Bd. Grande Ceinture, Résidence Nadia, 2ème Etage - H. Mohammadi - Tél: 0522 62 45 45 - GSM: 0661 41 88 03

ORDONNANCE