

# 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.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educational :

- 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.

## Maladie :

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0049605

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : P. A. H. 11245  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Vex Ve.  
 Nom & Prénom : EL Boujani majid  
 Date de naissance : 05/03/1959  
 Adresse : 11111 APPT OB Residence EL Wahda Benachid  
 Tél. : 06.51.40.85.40 Total des frais engagés : 1051.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/09/2020  
 Nom et prénom du malade : EL Boujani Majid  
 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 : Benachid

Le : 15/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
01/09/2020		1	150,00	
12/09/2020		1		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	12-09-20	361,90
	01-09-20	539,90
		062000591

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

\*\*\*\*\*

Berrechid le : 12/9/2022 برشيد

Elouzani Nagat

94.5

x3) Vigamfel



188 legni

7090  
32190

Rois pucelle



x3x

Lot / Batch n° :

20006  
12/2022

PPC: 94,00 DH

Exp. date :

Manufactured by MC PHARMA



6 111250 430043

Lot / Batch n° :

20006  
12/2022  
PPC: 94,00 DH

Exp. date :

Fabriqué par MC PHARMA  
Manufactured by MC PHARMA



6 111250 430043

BISPIRAZOLE®

Spiramycine 1.5 Mili et Métronidazole 250 mg

15 Comprimés sécables



6 118000 040934

PFV: 79DH90

PER: 06/21

LOT: I1451

Lot / Batch n° :

20006  
12/2022  
PPC: 94,00 DH

Ex

Fabrique par MC PHARMA  
Manufactured by MC PHARMA



6 111250 430043

41 زنقة طارق ابن زياد الطابق الاول  
2.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 00. 027784000027



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

\*\*\*\*\*

Berrechid le : 01/09/2020 برشيد في

Nazat

Agaz

Trimedat

15 x 2

omental

Pharmacie 2000

Pharmacie 2000

41 زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - المحمول : 0676.45.48.49

41 Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

116.40) Flokam so  
✓ 539.90 Mf. a 28

LOT : 9662  
UT. AV : 04-25  
P.P.V : 45 DH 90

Trimedat® 150 mg Granulés pour  
suspension buvable, 20 sachets



PPV 116DH40

LOT 9N022 4  
EXP 12/2021

# FLOXAM<sup>®</sup>

**FLOXAM**  
24 gélules 500 mg



6 118000 031420

OMEPRA<sup>®</sup> Promopharm

Omeprazole 20 mg

azole 20 mg

28 gélules  
BROMOPHARM s.r.l.

FROM OPTIMUM 2A



6 118000 40587

92, 80

OMEDRA® Promopharma

**MEDRAL FLOW**  
cimetidine 20 mg

ole 20 mg

28 gelules  
**FROMPHARM S.A.**

6 118000 240587

AGAZ

N° DE LOT/BATCH N°:

DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE :

A CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE :

PPC: 96,00 dhs

AGAZ

N° DE LOT/BATCH N°:

DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE :

À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE :

PPC: 96,00 dhs