

# 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.

## 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 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- 045320

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9563 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : EX AGENT RAM  
Nom & Prénom : LAAMRI MOHAMED REDA  
Date de naissance : 13/10/1970  
Adresse : RESIDENCE MANZAH CALIFORNIA  
VILLA 20 EL JADIDA  
Tél. : 0663443423 Total des frais engagés : #440,30 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2020  
Nom et prénom du malade : Taoufik Hamane  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : infection gynécologique  
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 : CASA

Le : 22/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur TACHAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maarif  
Tél. : 05 22 25 50 32

MUPRAS  
24 SEP. 2020  
ACCUE



# 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
22/09/2020	e	01	200	<i>[Signature]</i>

*Dr. TACHOUTI Béchir*  
*Médecine Générale*  
*70, Rue de Normandie Mairie*  
*Tel : 05 22 25 50 22*

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i>	22.09.2020	240,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

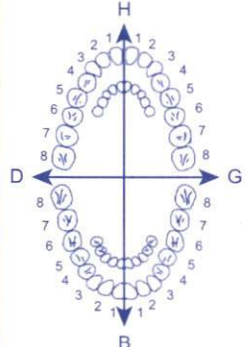
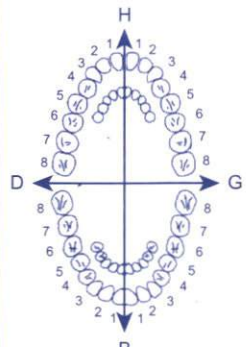
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux .  
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التگناوتي

خريج كلية الطب ببوردو  
الطب العام

70، زقاق نورماندي - المعارف  
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le 22/9/2020 في الدار البيضاء

Mme Taoufik Hanane

(28,80) x 2 Pansyl Int 2B  
(67,40) Polygynax 10v  
(45,00) Zovmax 200 10v  
70,20 Gyneral 10v

TOTAL = 240,20

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maârif  
Tél. : 05 22 25 59 32

Pharmacie TIMOUYASSE  
Dr. TIMOUYASSE Naim  
74, Av. Bir Anzarane  
EL JABDA  
Tél & Fax : (03) 35 14 98

قوي

جامع سينيك

بونستيل

28,80

UT. AV.: 09 22

P.P.V

28 80

LOT N°:

280645

بالتفصيل - ضد الالتهاب - مضاد الحمى - مسكن

20 قرص ب 500 ملجم

للمنطقة

Ponstyl® 500 mg

20 comprimés



6 118000 250647

قوي

جامع سينيك

بونستيل

UT. AV.: 09 22

P.P.V

28,80

28 80

LOT N°:

280645

Lis  
Forme  
Indication

<b>Composition</b>	
Sulfate de néomycine .....	35 000 UI
Sulfate de polymyxine B .....	35 000 UI
Nystatine .....	100 000 UI

EXP

MAPHAR  
POLYGYNAX 12 capsules vaginales  
Km 10, route Côtière 111 - Quartier industriel, Zenata  
Ain Sebâa Maroc  
P.P.V. : 67DH40



Mode et v  
Tenir hors de l  
Précaut  
À conserver à u

**Zovirax® 5%**  
aciclovir

**crème**

Voie  
cutanée



**Zovirax® 5%**  
aciclovir

**crème**

tube de 2 g



70,30

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

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام.

Un examen médical est nécessaire avant et

periodiquement en cours de traitement.

الحضائي الطبي ضروري قبل وأثناء العلاج بشكل دوري.

**JANSSEN-CILAG**

Fabriquée sous licence par :

**maphar**

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel, Zenata

Ain Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable



3 ovules

**Gyno Pevaryl 150 mg**

