

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **iologie 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.

## **que :**

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

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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 caractére 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4528**

Société :

Optique

Autres

**RAM**

**Retraite**

Nom & Prénom :

**ALAMI RAHMOUNI Abdellali**

Date de naissance : **20/03/1958**

Adresse : **10 Rés Soltane, zme Stéphane Talarne FTG1 APT3 Val Fleuri Casablanca**

Tél. : **06 61 32 86 24**

Total des frais engagés : **583,10 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. HORMAT Noureddine**  
Médecine Générale  
Médecin Agréé Permis Conduire  
61, Rue Beni Nafis Maârif - Casablanca  
tél. : 05 22 25 81 62

Date de consultation : **07/10/2020**

Nom et prénom du malade : **Allal Ben Abdellah Rahmouni Abdellali** Age : **62 ans**

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 : **07/10/2020** Le : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) :

**H. Alali**

### 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
07/10/16	✓	200	200	Dr. H. Noureddine Médecin Générale Médecin Agréé Permis à Conduire Rue Bou Nafé Maârif - Casablanca Tél. : 0522 25 81 62

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYMANE AGUEDACH KAMAL Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Hassan II Mugger, Résidence Talbi III, Casablanca Tél/Fax: 0522 99 69 21	07/10/20	383,10

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

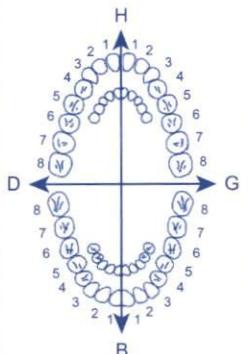
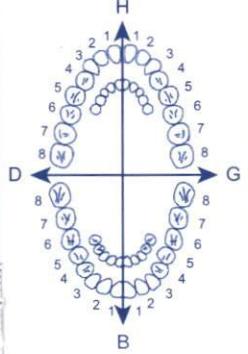
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES				Coefficient des Travaux															
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
G																			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC															

Docteur NORMAT Noureddine  
MEDECINE GENERALE  
Echographie Générale  
Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss  
Angle (ex. Jura et Faucilles)  
Maârif - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 25 81 82

Casablanca, le

الدكتور حرمات نور الدين  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
طبيب مقبول لرخصة السياقة

زنقة ابن النفيس  
المعاريف - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 81 82

27/10/20  
الدار البيضاء في

PHARMACIE AYMANE  
AGUEDACH KAMAL  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Murge, Casablanca Talbi III, Casablanca  
Téléphone: 05 22 99 69 21

Distribué sous licence  
par L'APROPHAN  
21, rue des Oudaya  
CASABLANCA - Maroc

580735

PPV:  
60DH10

58,40

Solupred® 20mg

ZITHROMAX 500 MG

Boîte de 03 comprimés

Lot: 1279481

Date Fab: 08 / 2018 Date Exp: 07 / 2021

PPV : 78,70 DH

Signature: Aymane Dakhmani  
Signature: Abdelahy  
Signature: Malakore  
Signature: Solupred 20 mg  
Signature: Zithromax 500 mg

8 032578 479676

LOT 190895  
2022/12  
PPC : 89,50 DH

NAFLUCAN 150mg  
boite de 4 gélules



89,50



Apixel

95,40

Caufluc 150



PHARMACIE RYMANE  
AGUEDACH KAMAL  
Quartier Val Fleuri 3 Bld. Rue Henri  
Munger, Résidence Laâbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Dr. HORMAT Noureddine  
Médecine Générale  
Médecin Agréé Pour les Conduites  
51, Rue Bou Nafis Maârif Casablanca  
Tél.: 05 22 25 24 62