

# 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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° P19-0027412

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1288 Société : L16380

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chafik Noumine

Date de naissance : 21/01/1942

Adresse : 45, rue Attobeei - Casablanca

Tél. : 0661214653 Total des frais engagés : 2446,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/10/2020

Nom et prénom du malade : CHAFIK Noumine Age : 1942

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

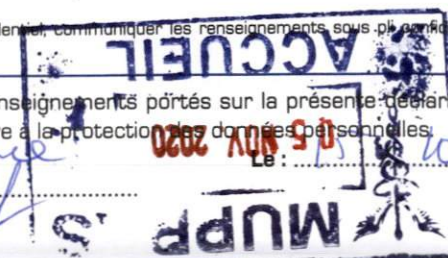
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 15/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
15/10/2020	G	150.00	2196.80	 Dr. B. QADI Médecin - CASABLANCA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL MAWLA Angle Rue Hassan II et Abou Hassan Avenue Extérieure Casa Tél. 23.17.04	15/10/20	2196.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

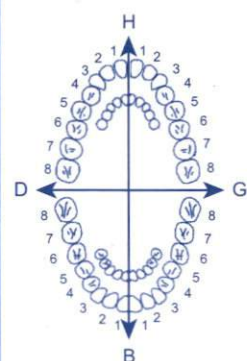
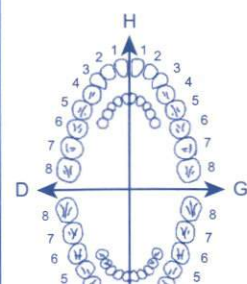
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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 <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>G</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>B</div> <div> <div>11433553</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

Dr: CARIU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M CHAFIK Mounir

Casablanca, le

15/10/2013

13,40 x 6

680 x 6

66,70 x 4

LEVOTHYROX 50

1cp  
25 + 14 = 75 opium

CO RENITEC

AERUS

1cp/j

1cp/j

7 gouttes/j

Lepaxyl 6mg

1/4 le soir ?

vitea D3

8 gouttes le matin

37,00 x 2

219680

Dr. CARIU - BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGIE  
114, 23, rue Ibnou Katiir  
Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

Dr. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335



**AERIUS®**  
**5 mg**

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

**30** comprimés  
pelliculés



أيريوس®  
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم

**30** أقراص  
ملبسة

LOT: 078  
PER: OCT 2021  
PPV: 120 DH 70

**AERIUS®**  
**5 mg**

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

**30** comprimés  
pelliculés



أيريوس®  
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم

**30** أقراص  
ملبسة

LOT: 078  
PER: OCT 2021  
PPV: 120 DH 70

PPV 39 DH80

PER 10-21

LOT H2091

PPV 39 DH80

PER 10-21

LOT H2091

PPV 39 DH80

PER 10-21

LOT H2091



PPV 39 DH80

PER 10-21

LOT H2091

PPV 39 DH80

PER 10-21

LOT H2091

PPV 39 DH80

PER 10-21

LOT H2091



189,10



189,10





189,10



189,10



189,10



189,10



CO-RENITEC® 20 mg/12,5 mg,  
comprimé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

**CO-RENITEC®**

28 comprimés



Remboursable AMO



6 118000 290032





CO-RENITEC® 20 mg/12,5 mg,  
comprimé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

**CO-RENITEC®**

28 comprimés



Remboursable AMO



6 118000 290032



CO-RENITEC® 20 mg/12,5 mg,  
comprimé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

**CO-RENITEC®**

28 comprimés



Remboursable AMO



6 118000 290032



CO-RENITEC® 20 mg/12,5 mg,  
comprimé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

**CO-RENITEC®**

28 comprimés



Remboursable AMO



6 118000 290032