

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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.

Le suivi 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

Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Affiliation : [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.

**Adresse :** 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)



47388

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024825

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4123 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : DTR

Nom & Prénom : EL HAZMI Date de naissance : 20-01-58

Adresse : Zou

Tél. : 06 41 46 44 10 Total des frais engagés : 300 + 1147,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 4/11/2020

Nom et prénom du malade : El Hazmi Zahra Age : 16 NOV. 2020

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

Nature de la maladie : diabète + HTA

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 : Le : 4/11/2020


Signature de l'adhérent(e) : Dr. ACHOUR Abd

Dr. ACHOUR Abd  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Boukraa - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 53 41



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Performance des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	---

01/11/2020	C2	1	3000	
------------	----	---	------	---

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE EDENROCK**  
**Dr. Hanan HABOUCHA**  
 60, Avenue Tantan & Ed. La Corniche  
 CASABLANCA

04/11/20

1147,40

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

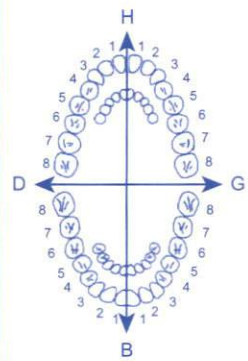
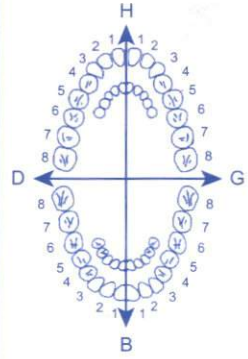
28,00

# 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 de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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'EX

☒ **valable 3 mois**

Le 4/11/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. ACHOUR Ahd  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie

Certifie que Mlle, Mme, M. :

175 Rue Boukras - Casablanca  
Tel : 0522 26 53 41 Fax : 0522 26 53 41  
INP : 091002329

EL HAJMI RI Zahra

Présente

diabète type 2

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dr. ACHOUR Ahd  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
175 Rue Boukras - Casablanca  
Tel : 0522 26 53 41 Fax : 0522 26 53 41  
INP : 091002329

durée L.D

Dont ci-joint ordonnance :

oui

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. ACHOUR Ahd  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
175 Rue Boukras - Casablanca  
Tel : 0522 26 53 41 Fax : 0522 26 53 41  
INP : 091002329



DIAMICRON® 60 mg

Dr. Ahd

الدكتورة عاشور عهد

Spécialiste en

TOLOGIE

ones

rol

إختصاصية في أمراض الغدد و السكري

السمنة - الهرمونات - الغدة الدرقية

سن اليأس

89,00

78,70

le 4/11/2020 في الدار البيضاء

M. Z. El Hachmi Zahra

78,70 x 2

1) Diamin 60

28,00 x 8

2) Caluoph 1000

172,00 x 3  
250,00

172,00

172,00

4 mm

147,40

Dr. ACHOUR Ahd  
Spécialiste en Endocrinologie Diabète  
175, Rue Boukraa - Casablanca  
Tél. : 05 22 26 53 42 - Fax : 05 22 26 53 42

LOT R012437 1  
EXP 01 2021  
PPV 250.00 DH

Dr. ACHOUR Ahd  
Spécialiste en Endocrinologie Diabète  
175, Rue Boukraa - Casablanca  
Tél. : 05 22 26 53 42 - Fax : 05 22 26 53 42  
N° : 091002329

COZAR® 100 mg  
comprimé pelliculé  
Losartan potassique

سيدي الصوفي سابقا) - الدار البيضاء

Résidence Houssam Jassim - 175, Rue

Tél. : 05 22 26

E-

Losartan GT®

30 comprimés pelliculés sécables  
dosés à 100 mg

إقامة حسام جاسم - 175,

(Sidi Soufi) - Casablanca