

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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.

## **tique :**

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

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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**

Nº P19- 060289

ND: 47768

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1373

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARAKY ABDELKABIR

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse :

Tél. : 06.33.53.30.01

Total des frais engagés : 981,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Small MALKI  
Medecin généraliste  
Lot Chabab 1, N°102 - Berrechida  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tel: 07 08 22 00

Date de consultation : 17/11/2020

Nom et prénom du malade : MARAKY

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bradycardie Angoiss

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



## **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MUSULMANE LOT DERWAN N° 20 ONA 05 22 51 51 90	17/11/2020	981,50 DH

## **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
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr.Smail MALKI**

**Médecin général**

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Péphérique de Berrchid.

الدكتور اسماعيل المالكي  
**طبيب عام**

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي  
ببرشيد



## ORDONNANCE

DEROUA, le :..... 17/11/2020

N° MARA RV Sot. Dr. Smail MALKI  
 88,00 D. Médecin généraliste  
 Nesclor 1G 1x2 ml x 10  
 48,50 Et. col. p. red 20 x 10  
 42,00 31 Ly. rica 15 x 2 ml  
 60,00 u. FER PTE x 40  
 126,00 51 C. tenter 10 ml  
 227,00 x2 B -> ceta 10 ml  
 61 787,90

DR. Smail MALKI  
Medecin generaliste  
shabab 1, N°102  
Lot chabab 1, N°102  
Tel: 07 08 22 06 58  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tel: 07 08 22 06 58

193,60  
PI

981,50

Fijavine 70mg/60ml

81

Boycateline 100ml

PHARMACIE MORSLI  
LOT DERWA N° 20 ONA  
05 22 61 51 90

DR. Smaïn  
Medecin généraliste  
101 Chabab 1, N°102  
Fix : 05 42 03 43 28 / Tel : 05 42 22 06 50

LOT : 7300  
PER : 12-21  
P.P.V : 88DH60

contre indications,  
emploi, indications,  
notoire : voir notice

PPV:48DH50  
PER:03-23  
LOT: J728

bottu le  
82 Avenue des Casernes - Ain Sefra - Constantine  
S.Bachouch - Pharmacie Responsable

LIMITED

PPV: 126 DH 00

Médicament Au

RESPECT

700581/9/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI  
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

LOT :

PÉR :

PPV :

2270

LOT :

PÉR :

PPV :

2270

