

# 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.

## Radiologie 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

La 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° M21- 0037405

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00769

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI RACHA

Date de naissance : 01-09-1949

Adresse :

Tél. 0662790607

Total des frais engagés : 200dh + 954,10 dh Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2.9.22

Nom et prénom du malade : Nassi Rachid

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 2.9.22 31/10/22



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
29-07-2021	C		25000	


EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL WILAYA MOULOUYA</p> <p><b>ZEKRI Abdelati</b></p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>220-222-224 Bd Oued Mouichya El Oulla</p> <p>Casablanca - Tél: 0522.90.51.13</p> <p>ICE: 002291220000074</p>	<p>02/09/2022</p>	<p>954,10</p>

[illegible][illegible]

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"/>								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				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"/>								
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D ————— G</p> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div>			25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	NASSIM Belal
Matricule :	N° CIN : BE110097
Adresse :	Casablanca Gpe N° 133 N° 47 Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 05100158
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Cure ANL 2cp/jr en continu	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Thrombocytemie essentielle + HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Cure ANL 2cp/jr	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 31/10/22
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

20.9.22

N° NASSI Rachid

69,50 x 6

1. Once AML

31,30 x 3

2. Zylouc 200 14/1

21,80 x 5

3. Apyz 100 1/1

68,90 x 6

4. Fludex 200 1/1

29,30 x 2

ou apax

T = 954,10

THORS NOTS

SV

SV

SV

SV

SV

SV

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr Said BENCHEKROUN  
Hématologie Clinique  
091013508

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
Casablanca - Tel: 0522.90.51.13  
ICE: 90229122000071

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

LOT 222023  
EXP 05 2026  
PPV 31.30

LOT 222023  
EXP 05 2026  
PPV 31.30

LOT 222023  
EXP 05 2026  
PPV 31.30

LOT: 22E001  
PER: 02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V: 21DH80



LOT: 22E001  
PER: 02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V: 21DH80



LOT: 22E001  
PER: 02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V: 21DH80



LOT: 22E001  
PER: 02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V: 21DH80



LOT: 22E001  
PER: 02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V: 21DH80



68,90

68,90

68,90

68,90

29,30

29,30