

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00769**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

**WASSI RABAH**

Date de naissance :

**01 - 09 - 1949**

Adresse :

Tél. **0662.79.060.7**

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :

**2.9.22 Wassi Rabah**

**2.9.22 31 10 82**

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9-10-2010	C		1500	6

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHARAFA MOLAYA MOULAYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224-Bd Oued Moulaya El Oufa Casablanca - Tel: 0522.90.51.13 ICE: 0022912200000	02/09/2010	554,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

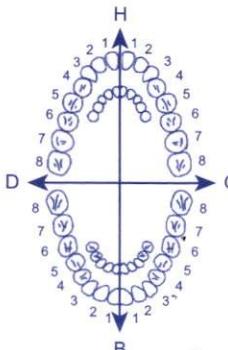
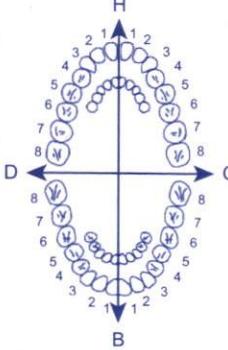
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

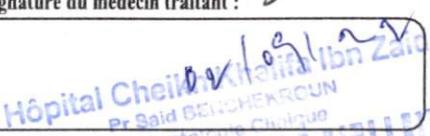
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 :	NASR Nader
Matricule :	N° CIN : BE 11 00 97
Adresse :	Boulevard Général El Oued 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 soussigne :	Pr Said BENCHERIF Hôpital Cheikh Ibn Zaid
N° ICE :	N° INPE : 09100168
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/j	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Thrombocytémie essentielle + HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Cure ANL 2cp/j	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	09100168 le 31/10/22
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois.

En application de la loi 08-49 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

29.22

**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd**  
Pr Saïd BENCHEKOUN  
Hématologie Clinique  
091013308

NASSI Rachid

69,50 x 6

1 Cure AML dep /  
31,30 x 3 SV  
2 Zytlouc 200 mg /  
21,80 x 5 SV  
3 Doyaze 100 mg /  
68,90 x 4 SV  
4 Fluotex 200 mg /  
29,30 x 2 SV  
ore apabdep  
Hôpital Cheikh Khalifa bn Zaid  
Pr Said BENCHEKROUN  
Hématologie clinique  
PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdellati  
Docteur en Pharmacie  
329-222-224 Bd Oued Moulaya El Oufia  
Casablanca Tel: 0522.90.51.13  
ICE: 022291220000074

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
**Tél :** +212 529 004 466 • **Fax :** +212 529 038 868 • [www.bck.ma](http://www.bck.ma)

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

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20 0  
P.P.V :21DH80  
PER.02/2024  
LOT :22E001  
  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20 0  
P.P.V :21DH80  
PER.02/2024  
LOT :22E001  
  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20 0  
P.P.V :21DH80  
PER.02/2024  
LOT :22E001  
  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20 0  
P.P.V :21DH80  
PER.02/2024  
LOT :22E001  
  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20 0  
P.P.V :21DH80  
PER.02/2024  
LOT :22E001  
  
6 118000 061113

68,90

68,90

68,90

68,90

29,30

29,30