

# **MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR** **LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **Instructions 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**

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

N° P19- 066005

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9692 Société : RAM 136169  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Merhan LAHCEN  
 Date de naissance : 30/06/1949  
 Adresse : ITICAL 3 IM EST OUSTEX N°4 CD 2000  
 Tél. : 0614201117 Total des frais engagés : Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2022  
 Nom et prénom du malade : MERHAN LAHCEN  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : diabète artériose prostate  
 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) :



# 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
03/11/2022	CA		150 DA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/11/22

2270,40

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

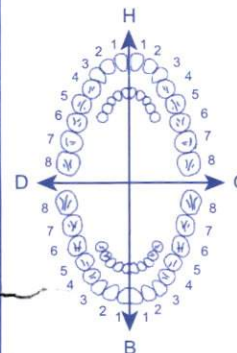
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

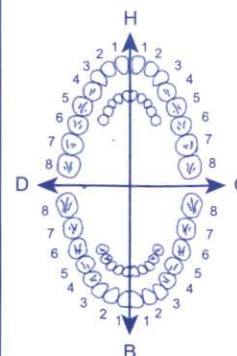
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

## المكتورة فمي



## خبرة محفظة لدى ال

Médecine Générale  
Echographie Générale  
Diététique Médicale  
Diabétologie

الطب العام  
الفحص بالصدى  
الحمية الطبية  
داء السكري

Casablanca, le : 03, 11, 2022 : الدار البيضاء في :

03.11.2022

GERNERLICHEN

39000

9000  
x2 GALVUS 500g

Кр 27.

15332

332  
X S. P. Nixon 1602

14p x 21; 0 x 320's

1476

+  $\frac{1}{1000}$  - Total loss

15930

S.V. gpl, x34015

13900

3-10-11 1100g

18611 23 HD  
Direzione Provinciale  
N. 2  
Cassa

22704

Docteur Najia ROUHD  
Médecine Générale  
10 Mars Bloc 12 N°2  
Mahmane Casablanca



153,30



6118001031030

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

153,30



6118001031030

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

EXP: 10/2023

S.N.: 8T9AEH5672K



PPV: 147 DH 60

neur.

153,30



153,30

153,30



Lot N° : 2002439

EXP : 04-2023

PPV : 139,00 DH

N° : 2002439

XP : 04-2023

PV : 139,00 DH

Lot N° : 2002439

EXP : 04-2023

PPV : 139,00 DH

PPV: 159DH30