

# 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

M22- 0006984

137677

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : EL BJAOUNI RACHID  
 Date de naissance : 16-04-1976  
 Adresse : Des Andalouse III Etage Rue Essafsa la Grande Casa  
 Tél. : 06 96 5445 96 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 17 Nov 2022  
 Nom et prénom du malade : El Bjaoui Rachid Age : 31 Ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 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 : 17/11/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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
15/11/2022		C	350	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/22	307,40

### 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<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> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		H		G																	
		25533412	00000000	21433552	00000000																
D		B																			
00000000		35533411	00000000	11433553																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Clinique Pédiatrique Ajjal

Casablanca Le: 15/11/2022

Pré-Facture N° 112488		Etablie par NADIA RECEPTION		Page	1/1
<b>Identification</b>					
N° Dossier : X2K1520568	MUPRASI	N° Identifiant : 22089200/22			
<b>Nom &amp; Prénom : EL BJAOUNI ISLAM</b>					
C.I.N. : BE694613	Date Début : 15/11/2022	Date Fin : 15/11/2022			
Adresse : CASA					
Traitement : Consultation		Médecin : ABAKKA BOUCHRA			
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>MEDICAL</b>					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>100,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Pr. ABAKKA BOUCHRA (PEDIATRE)	1	250,00			250,00
Total Rubrique :					250,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					<b>250,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>350,00</b>

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cent cinquante Dirhams



ZECLAR® 25 mg/mL  
Boîte d'un flacon de 100 mL  
P.P.V: 98,90 DH



6 118001 182862

Maphar

Km 10, route côtière 111

Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc

ALCITOPOLIS®



8 435100 843981

Contenu net: 150 ml

Lot: 220124

A consommer  
de préférence avant le: 01/2025

PPC: 79,50 DH

Bétastène®  
Bétaméthasone

LOT : 1500

UT. AV: 08 - 24

P. P.V: 30 DH 00

El Bjaoui Zakou

1) Zedar sirop

1 dose (10) x 2 / j 5 j

2) Bétastène Goutte

100 g<sup>te</sup> / j 4 j

3) Fito Polio sirop

1 cadim x 3 / j

4) Prodefen sachet

1 sachet

307, 4

Dr. AL KORAMA  
Dr. KOUNKOR NADIA  
et carbonate - CASABLANCA  
Tél: 02218359150

Dr. AL KORAMA  
Tél: 0522 87 81 81  
Fax: 0522 87 25 00



123137  
Date de Fab: 12.2021  
Date de Pér: 12.2023  
PPC: 99 Dhs

PRODEFEN®  
Complément alimentaire