

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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- 0021048

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3087 Société : Ram 146368  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R  
 Nom & Prénom : NACHT Abdelhadi  
 Date de naissance : 22/12/2022  
 Adresse : P. Sidi El Mahdi 29 Mohamed V Berrichin  
 Tél. : 09 8998 77 Total des frais engagés : 438 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ARAQI HOUSSAINI Najib  
 Médecine Générale  
 16, Rue Okba Benou Nafie  
 BERRECH - Tél. : 33.73.21

Date de consultation : 22/12/2022  
 Nom et prénom du malade : NACHT Abdelhadi Age : 73  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite chronique  
 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 : .....  
 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

22/12/2022	C	1	05	 Docteur ARAOHOUSSEINI Médecine Générale 16, Rue Okba Ben Nafie BEHRECHID - Tél. 33.73.21
------------	---	---	----	---

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

 Pharmacie Aina Bd Med V. N°4 Al Wahda Locaux N°4 S. Berrechid Tél. 08 22 32 48 38	22/12/2022	438,00
--	------------	--------

# 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

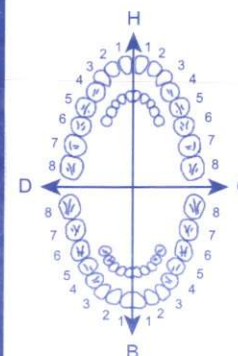
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

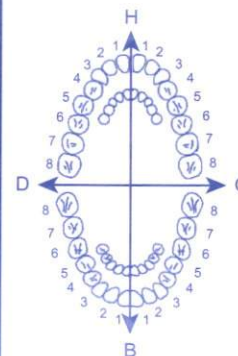
FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	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

Docteur ARAQI HOUSSAINI Najib  
Médecine Générale  
16, Rue Okba Bnou Nafie  
BERRECHID - Tél. 05 22 32 48 38

Le : 22 DEC 2022

# ORDONNANCE

Natani Abdelkader

5668  
② Diprospan 120 (5V)

② Ventoline spray 200 x 3V

21800  
② Feritide 200 mg

163140  
1 pulv. x 2H

④ monofector 100 Bio (5V)

2 c 1H au bul

dur

T = 43800

Pharmacie Alla  
34 Méd V. Cité Al Wahda  
N°4 et 5. Berrechid  
Tél : 05 22 32 48 38

Pharmacie Alla  
34 Méd V. Cité Al Wahda  
N°4 et 5. Berrechid  
Tél : 05 22 32 48 38  
Docteur ARAQI HOUSSAINI Najib  
Médecine Générale  
16, Rue Okba Bnou Nafie  
BERRECHID

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 Div. 21/NRQ  
P.P.V. 56.60 DH



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 218.00 DH  
ID: 649096  
6 118001 141876

قرص (أقرص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال ..  
بدا العلاج بتاريخ ..  
MONOZELAR® 500mg  
Boite de 10 CCM PEL  
P.P.V. : 163.40 DH

