

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M23-006507

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *SIB* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

*RADI AHMED 151315*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

*ATFAWI KHADIJ* Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

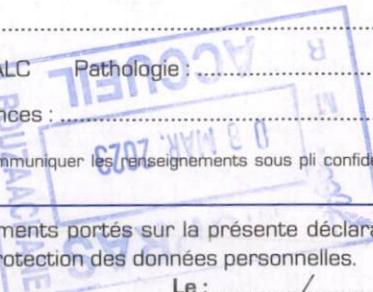
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



## **RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
|   |                |                  |             | Coefficient des travaux |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             | Montants des soins      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             | Début d'exécution       |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             | Fin d'exécution         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                |                  |             |                         | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
| H   | 25533412       | 21433552         |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| D   | 00000000       | 00000000         |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| B   | 35533411       | 11433553         |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G   |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| Montants des soins  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| Date du devis   |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| Date de l'exécution   |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

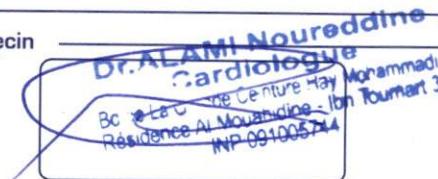
Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

|                                |  |   |                                       |
|--------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| Matricule :                    | 516  | Société :                               | R.A.M                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :        |                                       |
| Nom & Prénom :                 |  | RAZI ALHIMEID                           |                                       |
| Date de naissance :            |  | 01-01-1944                              |                                       |
| Adresse :                      |  | HAJ FATEH Rue 13 N° 12 006 FA<br>CP 88A |                                       |
| Tél. :                         |  | 0668481431                              | Total des frais engagés : 1185,10 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KHALIL BEN ABDELLAH Age : 67

Lien de parenté : Conjoint

Nature de la maladie : Coronaropathie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

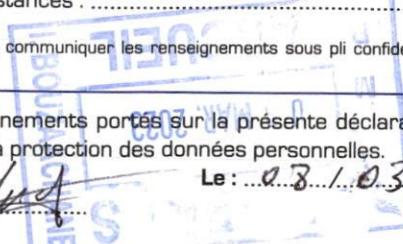
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 08/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 15.02.23 | 868,10                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

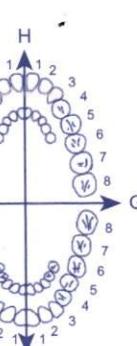
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|---|---|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|    |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>[Form field] |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS<br>[Form field]      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION<br>[Form field]       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION<br>[Form field]         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> |                  | H           | G                                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>[Form field] |
| H   | G   |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D   | G   |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B   |   |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                  |             | MONTANTS DES SOINS<br>[Form field]      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             | DATE DU DEVIS<br>[Form field]           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION<br>[Form field]     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Noureddine ALAMI

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier  
Diplômé d'Échodoppler cardiaque de Montpellier

Ancien attaché des hôpitaux de France

Ancien cardiologue de l'hôpital militaire de Laâyoune

Bd.de la Grande Ceinture Hay Mohammadi  
Résidence Al Mouahidine - Ibn Toumart III  
Appt. 1 Casablanca - Tél. : (05) 22.66.16.16



Cardiospirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 18001 090280

Barcode

الدكتور

اختصاصي

خر

مجاز من جامعة مونبليه

طبيب ملحوظ بقص

رئيس قسم أمراض

JUN-20  
MAY-23  
UFSV

maphar

Km 7, Route de Rabat

20250 Casablanca-Maroc

ECHANTILLON MEDICAL GRATUIT

VENTE INTERDITE

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables

Barcode

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

CAS BRILIQUE

pellicul  
tablet

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH

6 118001 082018

DETENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables

Barcode

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Plavi

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH

6 118001 082018

LOT : 1109

PER : 10/24

PPV : 57,80 DH

قرصا

مغلفا 30

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH

6 118001 082018

LOT : 1110

PER : 10/24

PPV : 57,80 DH

قرصا

مغلفا 30

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH

6 118001 082018

LOT : 1109

PER : 10/24

PPV : 57,80 DH

قرصا

مغلفا 30

Dr. ALAMI Noureddine

Cardiologue

Bd. de la Grande Ceinture Hay Mohammadi

Résidence Al Mouahidine - Ibn Toumart 3

INP 081.005744

7200x2



Detensiel 10  
112

27,70

Cardiospirine 1 epi

x Brilique

890,00x2



Coplavix 75

57,80 x 3

1 epi

Tocerol 10

885,10

1 q3 Sore

10 de 03 mois