

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**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 : № P19- 0015079

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4674 Société : RAM 158698

#### Actif

#### Pensionné(e)

#### Autre :

Nom & Prénom : HAMOUCHE Mohammed Date de naissance : 01.06.1959

Adresse : Casablanca N° 81 DEROUA

Tél. : 060049827 Total des frais engagés : 377.00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Dr. ALLAL MOUNIR  
Médecine générale  
جراحة النجاح رقم 39 الطلاق  
ن - المروية  
Lot. Anai N° 39 1er Etage - Deroua  
05 22 51 47 67 - 06 33 94 08 09

#### Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2023

Nom et prénom du malade : HAMOUCHE Mohammed Age :

#### Lien de parenté :

#### Lui-même

#### Conjoint

#### Enfant

Nature de la maladie : HBP + si-fest entrée

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 : 18/03/2023

Le : 18/03/2023

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/03/23.       | CS                |                       | 72000                           | <p>Dr. Dilel MOUNIR<br/>Médecine générale<br/>Lot. Anajah N° 39<br/>05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09</p> |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                         | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DR. SAAD<br>mm. 94, Lot NAIKA<br>Tél: 05 22 51 47 67 | 18-03-23 | 649,90                |

### 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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               |
|  |   |                                  |             | DEBUT D'EXECUTION                |
|  |   |                                  |             | FIN D'EXECUTION                  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX          |
|  | H   | 25533412<br>00000000<br>35533411 | G           | 21433552<br>00000000<br>11433553 |
| D  | 00000000                                  |                                  | G           |                                  |
| B  | 00000000                                  |                                  | B           |                                  |
| <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |   |                                  |             |                                  |
| 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

Le : 28 - 03 - 23

# Ordo

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_  
Age : \_\_\_\_\_

Sexe : H



PPV 85DH  
LOT 1D0222  
EXP 02/2024

PPV 116DH  
LOT 210131  
EXP 01/2024

**FLOXAM®**  
Flucloxacilline  
**500 mg**

Cardiospirine 100 mg/30cp  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

لا يتأثر ببرودة المعدة  
PVC : 148,00 DH  
Mceutik

Barcode: 4 009932 411454

PHARMACIE REGIONALE  
DE MARRAKECH

649 902

- 1) MAROC 400g  
85,80  
116,40  
Flos 200g  
2x30g x 30j
- 2) Cardiospirine 200  
2.42,90
- 3) Auroxant graine.  
148,00 2g po/j
- 4) Rastrol  
الرال ميند  
الطب العام  
تموينات المرضى رقم 39 الطبق اعلاه - المروءة  
Dr. DILAL MOUNIR  
Médecin généraliste  
Lot. Anajah N° 39 1er Etage - Deroua  
05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

alj

T - Imm. 1  
T - Imm. 2

Tel 05 22 51 47 67  
06 33 94 88 09