

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

03532 N° W21-667012 1592220

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : nam

Matricule : 03532 Société : nam

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : nostalg

Nom & Prénom : Nouri

Date de naissance : 15/05/1954

Adresse : 0661 888244

Tél. : 0661 888244 Total des frais engagés : 1795,8 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 30/03/2023

Nom et prénom du malade : Hme Amina Boukidaouss Age : 68ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : au stade de fibrose

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 : [Signature] Le : 02/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOI ET ADHERENT

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
30/03/2023		02	3000H	INF: INPE 091205476

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/23	1495,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ID: 650240 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
6 118001 141876

ID: 650240 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 18,00 DH
6 118001 141876

Lot N° : 223204
Fab : 11/2022
Per : 11/2025
PPV: 210,00 DH

ID: 649096 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
6 118001 141876

Lot N° : 223204
Fab : 11/2022
Per : 11/2025
PPV: 210,00 DH

Lot N° : 223204
Fab : 11/2022
Per : 11/2025
PPV: 210,00 DH

Pathologie du sommeil
Pathologies professionnelles

Ordonnance

Casablanca, Le : 30/03/2025

Nom : M^{me} Benfidouss Amine

- X ① Dolénox cp = 1 cp x 2 / j (12)
- X ② Dolénox snap = 1 cap x 2 / j (12)
(après repas)
- X ③ Anapred 20mgcp (12)
2 cp le matin (05j)
(après repas)
- X ④ Cefixime 200mgcp (12) 1 cp x 2 / j (05j)

X ⑤ Alora smgcp ^(x3) = 1q au coucher
(3 mois)

X ⑥ Vit D3 Bon 200.000 UI =

210,00 x 3 = 630 1 q, le matin à l'él.

⑦ Flouan 10mgcp ^(x3) x2

218,00 x 3 = 654,00 1q (à 1h après le dîner)
(03 mois)

⑧ seretide 250 pg spray x3

200h / 2 buffes matin (3 mois)
2 buffes soir

⑨ 16180 Tirona ^(x4) 1 q

50,00 le soir à l'él 10 min

⑩ Penolizer ^(x1) dipotif

1495,80

• RDV d =

• RDV c =

10/01/2023

04/07/2023



GTIN 18901117253485
LOT BA30301
EXP 06/2024
S/N 45005258409152

PPV: 161 DH 80

99326751

PPV: 50 DH 00