

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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- 0058866

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	4969	Société :	RAT
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		FAHAN Mohamed	
Date de naissance :		16-6-1965	
Adresse :		Habituelle	
Tél. :		0666 04 66 87	
		Total des frais engagés : 584,80 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/10/2023	Nom et prénom du malade :	ZERROJALI NAJAT Age: 52 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint,	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Lumbosacrural, HD, epms, Calcaneen		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> 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 : Casablanca

Le : 20/4/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0058866

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4969  
 Nom de l'adhérent(e) : FAHAN  
 Total des frais engagés : 584,80  
 Date de dépôt : 06-7-2023

## 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
30/04/2023	C	6000	6000	Signature et cachet du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Sana Casablanca SARL Maroc Unique BLOC 18 N°15 Sidi Othmane 05 22 37 56 99</i>	13.4.23	524,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

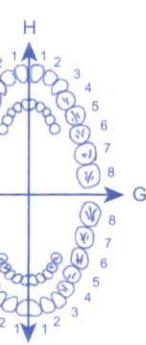
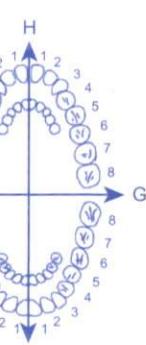
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	
	H D B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D B G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	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



## ORDONNANCE

13/04/2023

~~Royal~~  
 1). Temuil Najah  
 188,00

2). Piasclidine 300 mg

= gel'

**PIASCLEDINE® 300MG**  
 Boîte de 30 gélules  
 Distribué par Sothema-Bouskoura  
 PPV : 188,00 DHS  
  
 6 118001 072644

166,00

Ph. Sanaa Casablanca  
 SARL Associée Unique  
 Bloc 18 N°15 Sidi Othmane  
 Tel: 05 22 37 56 99

3). storiuria goy cp

LOT 230106 4

EXP 06 2025

PPV 166 00

= cp

yd Bon  
 45

37,00

4). Dulastan cp

= cp < 3'

yd 2ij

SV

yd 2ij

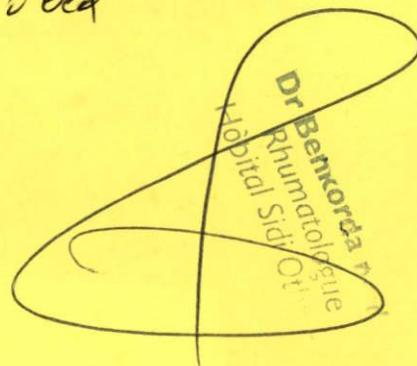
37,00 f'ed

yed min du tien

Dr Benkouda  
 Rhumatologie  
 Hôpital Sidi Othmane

4) Aktagenil 24 gr 40  
 PPV = CP + 3<sup>1</sup>  
 LOT: 13  
 PER

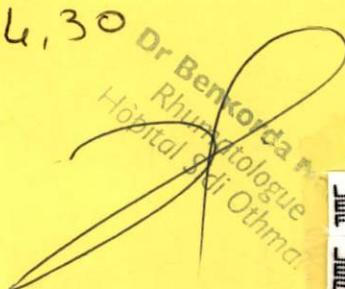
28,80 ✓  
 28,80 Ged



rd Bon  
 5) Gabline 25 gr 40  
 = CP 1. le si  
 rd 2 m

6) Reactiva 200.000  
 2090 x 5 = 2 amp 1 min (2 amp)

524,30  
 ——————  
 2 amp 1 2 min (3 amp)



LOT : 213108/1 EXP : 10-2023 PPU : 20,90 DH	LOT : 213108/1 EXP : 10-2023 PPU : 20,90 DH
LOT : 213108/1 EXP : 10-2023 PPU : 20,90 DH	LOT : 213108/1 EXP : 10-2023 PPU : 20,90 DH

LOT : 213108/1  
EXP : 10-2023  
PPU : 20,90 DH