

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0059729

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 609 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 272203  
Nom & Prénom : NAJI NAÏMA  
Date de naissance : 18/09/1958  
Adresse : 92 Rue Rabia el Adawia apt no 7  
Logement CASABLANCA  
Tél. : 06 60 25 08 62 Total des frais engagés : 493,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : ..... / ..... / .....  
Nom et prénom du malade : ..... 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) :

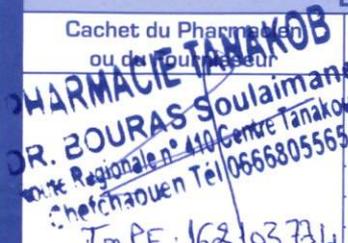
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



**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
3/8/23	CS		250 dh	
		IMP: 161139944		

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacie ou de l'Orthésiste	Date	Montant de la Facture
	03/08/23	243,70
		IMP: 162103714

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

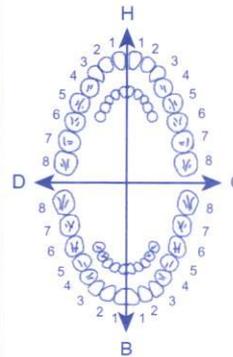
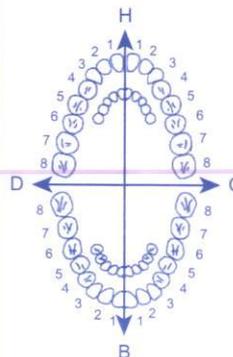
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

Veillez 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 <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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**NEOFORTAN®** ○

10 COMPTIMENTS EFFERVESCENTS **160 mg**



6 118000 031697

**LOT 211485**

**EXP 04/2024**

**PPV 99.00DH**

**LOT : 2463**

**PER : 09-27**

**P.P.V : 45 DH 90**

**Trimedat 150 mg** Granulés pour suspension buvable, 20 sachets ○



6 118000 094319

**OEDES 20mg** ○

28 gélules



6 118001 00088

**PPV 98DH80**

**EXP 12/2025**

**LOT 2D023 9**

*30 sachets*  
*LOT 211485*  
*EXP 04/2024*  
*PPV 99.00DH*



Clinique  
Chamal

**Reçu**

N° 11822

Tétouan, le : 03/08/23

Utilisateur : Nads

Patient : ENAJIF NAIFA

Mode Paiement : esp  ch

Diagnostic	le Prix
CS	280

Signature

Facture N° FAC-2123

Date : 05/08/2023

NAJI NAIMA

CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
NEOFORTAN CO 160MG B10 COMP EFFER	1	98,80	98,80
TRIMEDAT ST 150MG B20 SACHETS	1	45,90	45,90
DEDES CO 20MG B28 GELULES	1	99,00	99,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	243,70 DHS
<b>Total</b>	<b>243,70 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent quarante-trois DHS  
et soixante-dix centimes

PHARMACIE TANAKOB  
DR. BOURAS Soulaïmane  
Route Regionale n° 410 Centre Tanakoub  
Chefchaouen Tél 0666805565