

# 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
- 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

M22- 0040300

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2671 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 174039  
 Nom & Prénom : SMAALI LAHSEN  
 Date de naissance : 01/01/1952  
 Adresse : LOTISSEMENT ALWAHDA ILM: F4 - App: 4C  
 Bd. MED.1, BELLE ETOILE  
 Tél : 0662051470 Total des frais engagés : (150 + 755,90) = 905,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 03 Aout 2023  
 Nom et prénom du malade : SMAALI Lahsen Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : ARTHRALGIE, HTA  
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : BELLE ETOILE Le : 03 / 08 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

**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
03 Aout 2023			1501114	

**EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/08/23	755,90

**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 et 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 <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																		
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																		
	25533412	21433552																	
00000000	00000000																		
G																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				MONTANTS DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				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

Docteur Saïd MERJANE  
Médecine Générale

الدكتور سعيد مرجان  
الطبيب العام

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab  
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب  
برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le .....

03 Aout 2023

ORDONNANCE

79/100 SMAALI lak  
79/100 Auricularum.

LOT 231172  
EXP 04 2025  
PPV 79.00 DH

139/100 2 stn x 3  
I new 2mm x

LOT 80596  
PER 11/2024  
PPV 35.00DH

41/90 1 en x 25  
in modest sa

LOT : 2464  
PER : 09/27  
P.P.V : 45 DH 90

78/100 1 st x 3  
Aflawic

LOT: M0999  
PER: 02/2025  
PPV: 78.00DH

134/30 x 2  
268/160 wampiel 100  
1-11

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 113001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 113001 081028

26/8/23

58/70x2  
MVA/100

LUI : 22E003  
PER: 08 2025

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



6 118000 011598

LOT : 22E002  
PER: 07 2025

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



6 118000 011598

1000 mg



281cc  
no dol. codeine

NO - DOL CODEINE  
CP B20  
LOT : 23E003  
PER: 01 2026

P.P.V : 28DH00



6 118000 061861

100 x 3/1

755/90



**PHARMACIE SAHMA**  
68, Bd. Lalla Yacout Tissir 2  
Berrechid.  
Tél.: 05 22 32 85 84!