

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23- 0025131

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7298 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : OUDGHIGH ANASTASIE  
Date de naissance : 24/01/69 P.E.S.  
Adresse : 1217 SDO DAN BOUZZA  
Tél : 0661376032 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 02/01/2024  
Nom et prénom du malade : Oudghigh Salma Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Pathologie :  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 24/01/24

## 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



## 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
02/12/2023	C.S		25000	Dr. EL KHAIR Ministère de la Santé Direction Générale Délégation Régionale El Khair 24 Hay Hassane Tél: 9222 91 08 97 0680 61 00 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/23	237.60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

## RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<div><div><div>H</div><div>25533412 00000000</div></div><div><div>21433552 00000000</div></div></div> <div><div>D</div><div>G</div></div> <div><div>00000000 35533411</div><div>00000000 11433553</div></div> <div>B</div>	<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div>
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>	<div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div>
		<div>DATE DU DEVIS</div> <div></div>
		<div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPU: 79,90 DH  
LOT: 650706  
PER: 11/24



PPU: 79,90 DH  
LOT: 652424  
PER: 04/25



فوسيدين 2%  
مرهم  
أنبوب من 15 غ

39,80

Lot: مجموعة

Fab: صنع

EXP:

صالح لغاية:

7574

05/23

05/26

BIOCODEX MAROC PPV

38.10 DH

ED N  
logue

n Mala

veux t

transmis

t anti-âge

abi

ermatologie

sthétique

طب التجميل

08/12/2023

Coughili  
Salma

PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN DAY Sati AU  
Route d'Arenmour Km. 15  
Der Bouziz Casablanca  
Tél: 05 22 29 08 29  
Fax: 399369

1/ 79,90x2

Augmentin 500mg

1 sachet 2x par 24  
ou selon les repas

2/ 39,80  
Dr. Sara MJAHED NAJID  
DERMATOLOGUE VÉNÉROLOGUE  
Médecine Esthétique et Lasers  
18, Lot Sâad El Khair 24 Hay Hassani  
Oulfa - Casablanca  
Tél: 0522 91 08 97 / 0680 61 83 60

Fucidine pseudo  
500mg 2x par 24

3/

Sedostilic crème locale 8'

2/ 38,10

Bain bain

Miltha Revue sèche 8'  
237,60 1 sachet 2x par 24