

# 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- 0009536

☐ Maladie

☐ Dentaire

193040

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelaziz EL BOUQDAOU  
Médecine Générale, Diplôme en Echographie  
Expert Assermenté près des Tribunaux  
22, Qu. de l'hôpital Lotis Omrana - Quezane

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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacieur ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LAM V</b> 28, Bis Rue Salanique Anglo Rue de Rome Casablanca Tel: 05 22 85 43 95 Tel: 05 69 08 07 08 KE 00277913000087	13.11.23	369,20

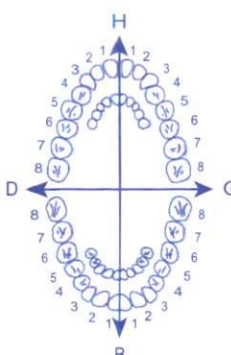
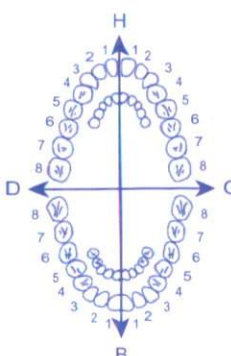
[illegible][illegible]

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000                 </div> <div style="text-align: left;">                     21433552                      00000000                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right;"> <b>D</b>                      00000000                      35533411                 </div> <div style="text-align: left;"> <b>G</b>                      00000000                      11433553                 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <b>B</b> </div>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abdelaziz EL B

Médecine générale Diplômé  
Expert assermenté près d

PPV: 70DH00  
PER: 03/25  
LOT: M987

PPV: 70DH00  
PER: 09/25  
LOT: M3067

الدكتور عبد العزيز البوقداوي

الطب العام و الفحص بجهاز الإكوغرافية  
خبير محلف لدى المحاكم  
22 حي المستشفى تجزئة عمرانة

Tel.Fax

05.37.90.72.26

كاس

LOT: 230738

DLUO: 07/2026

69,100DH

## ORDONNANCE

**Rhumix®**

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

Ouezzane le : 13/11/2022

Nom : ROCHER Prénom : YVES

PHARMACIE IM V  
28, Bis Rue Salonique Angèle  
Rue de Rome Casablanca  
Tél: 05 37 90 72 26  
Tél: 05 37 90 72 26  
RC 318383 KE 0021794306987

Arix 500  
14/1 pds  
Rhumix  
2 sachet x 2/  
Docunox  
2 x 3/  
Ecartane  
2 x 3/  
Doliprane  
2 x 3/  
vit C

79,70  
22,00  
69,00  
70,00 x 2  
15,80 x 2  
26,90  
369,20

PHARMACIE IM V

28, Bis Rue S  
Rue de Ro  
Tél: 05  
Tél: 05

RC 318383 KE

**Vita C 1000®**

PPU 26DH90

EXP 08/2026  
LOT 36037 16

22.Qu.de l'hôpital lots OMRANA OUEZZI

22 حي الم