

# 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.

## Pathologie 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

N° P19- 0040331

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000855 Société : 33922  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom :  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : 2.1 11 2020 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr H. AZIQUZ  
 Médecine Générale  
 Médecine du Travail et d'Ergonomie  
 390, Av. Zerkouni Hay Ennahda Khemiss Zemamra  
 Tél: 0523 34 66 19

Date de consultation : 12 FEB 2020  
 Nom et prénom du malade : Boualem Laifi Age:  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : affection cardiaque  
 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) :



# 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
12 FEV 2020	C	1	150,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/21/20	760,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

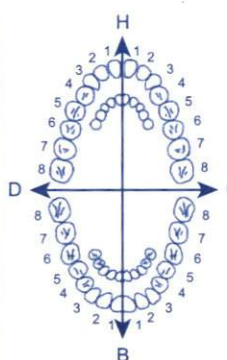
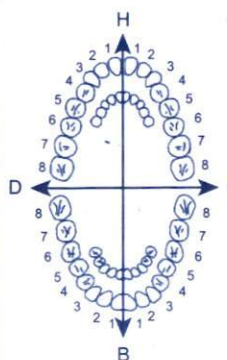
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>G</p> </div> <div> <p>B</p> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		COEFFICIENT 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

**Dr H. AZIOUIZ**

**MEDECINE GÉNÉRALE**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
& de Pharmacie de Casablanca

**MÉDECINE DU TRAVAIL**

**& D'ERGONOMIE**

Diplômé de l'université de Rennes 1  
France



**الدكتور ح. عزيويز**

**الطب العام**

خريج كلية الطب والصيدلة - الدار البيضاء

**طب الشغل وبيئة العمل**

خريج جامعة رين 1 - فرنسا

زمامرة، في: 12 FEB 2020

Zemamra, le:

Aboe - oul AM lani

Caudentel - 12

Glurance 500/211

URADAX 2

Kandepc 75.

Ma 20 (x28)

760100

390, شارع الزرقطوني - حي النهضة (فوق صيدلية الفربي) - خميس الزمامرة - الهاتف: 05 23 34 66 19

390, Av. Zerketouni - Hay Ennahda (dessus pharmacie el farabi) Khemis Zemamra - Email : haziouiz@gmail.com



6 118001 100842  
**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842  
**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842  
**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

7862160237

**GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 42DH00

6 118001 121373  
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

**GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 42DH00

6 118001 121373  
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

**GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 42DH00

6 118001 121373  
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

LOT : 19E004  
PER.: 04 2021  
**KARDEGIC 75MG**  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 19E004  
PER.: 04 2021  
**KARDEGIC 75MG**  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 19E004  
PER.: 04 2021  
**KARDEGIC 75MG**  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT: M0249  
PER: 06/2021  
PPV: 79,00 DH  
6 118000 410294

LOT: 081  
PER: AUT 2021  
PPV: 76 DH 50  
**30 Comprimé**  
6 118000 051107

LOT: 080  
PER: JUN 2021  
PPV: 76 DH 50  
**30 Comprimé**  
LOT: 081  
PER: AUT 2021  
PPV: 76 DH 50  
**30 Comprimés**  
6 118000 051107