

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : [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 Médical 506 Rue de la Liberté, 20000 Agadir, Maroc. Tél : 05 22 20 45 45 / 06 66 66 66 66. Fax : 05 22 22 78 18. [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



## Déclaration de Maladie

N° W19-561574

39481

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ROKHSSA 65343 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ROKHSSA YOUSSEF

Date de naissance : 25/04/1963

Adresse : 6 Rue Beyrouth lot Iraguia  
Beerrechid 26100

Tél : 0677857461 Total des frais engagés : 44,20 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 :

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 : Beerrechid

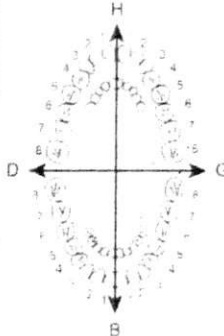
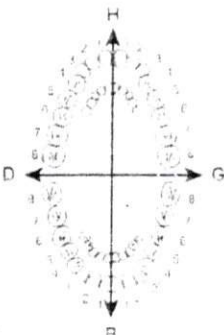
Le : 02/09/20

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>العراق صيدلية</p> <p>Pharmacie EL IRAKI</p> <p>Dr. Youssouf EL IRAKI</p> <p>57, Rue Dakila - BERRECHID</p> <p>Tél.: 0522 62 89 45</p> <p>Pharmacie EL IRAKI</p> <p>Dr. Youssouf EL IRAKI</p> <p>57, Rue Dakila - BERRECHID</p>	07/07/20	44,20

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																
<p>Le professionnel doit remplir ce relevé pour chaque patient traité. Le total des soins doit correspondre au total des honoraires facturés.</p>																
<p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px;"></span>												
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px;"></span>												
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px;"></span>												
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px;"></span>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px;"></span>													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2552412</td> <td style="text-align: center;">1142355</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0000000</td> <td style="text-align: center;">0000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0000000</td> <td style="text-align: center;">0000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2552211</td> <td style="text-align: center;">1142355</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		2552412	1142355	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	2552211	1142355
	H															
	2552412	1142355														
	0000000	0000000														
	D	G														
	0000000	0000000														
	2552211	1142355														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse															
			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px;"></span>													
		DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px;"></span>														
		DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px;"></span>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Patente n° 40713035  
RE: 5074  
INPS: 062024443

M<sup>e</sup> Dr. Chera  
Youssef

A. Berrechid le 07/07/10

**FACTURE N° 20702**

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
01	Cosolibrum cp	01	22,20
01	Rhumix 81	01	22,00
Total:			44,20

Arrêter la présente facture à la  
somme de Quarante quatre Dirhams  
et 20 Centimes.

صيدلية العراق  
Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Youssef EL IRAKI  
267, Rue D'Alger - BERRECHID  
Tél.: 071 22 83 43

**Rhumix**  
Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

PPV:22DH20

PER:03/21

LOT:1739