

## 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

- 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° W19-518054

47874  
AMPL

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 12598    Société : RAM

Actif     Pensionné(e)     Autre : Licencié

Nom & Prénom : JAA DANE YOUSSEF

Date de naissance : 23/12/1988

Adresse : .....

Tél. : 0661833085    Total des frais engagés : 422,10    Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30-09-20

Nom et prénom du malade : JADANE Omer    Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : dermatu

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 : Casablanca

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
20/9/20	C		300 €	INP : 191196221 Dr. Zoubida TRAC Dermato Vénérologie 28, Av de la France Apt N°6 Agdal RA Tél.: 05 37 69 10 09

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'AVENIR Benhasen Bououa ELALI 28, Av de la France Agdal RA Tél.: 05 37 69 10 09	20/9/20	119,17

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

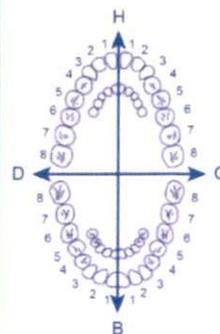
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

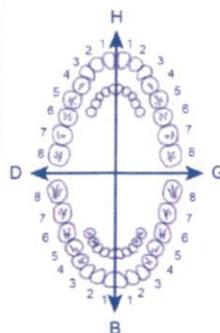
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr . Zoubida TRACHLI

Spécialiste en dermato-Vénérologie  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Bordeaux

الدكتورة زبيدة طراشلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
خريجة كلية الطب بوردو

Rabat, le : 30.09.20

الرباط في

JADANE Omar

إكزوميدين<sup>®</sup>  
محلول

14,00  
قارورة 45 مل

14.0  
- Hexamedine 2l

nettoyer la lésion puis appliquer.

Fucidine<sup>®</sup> 2%  
crème Tube de 15 g

39,70

3- Fucidine 15 g

2x / jour x 10 jrs

68,60

- Floxam sup. 250 mg

PPV 68DH40

LOT 94027 3

EXP 07/2022

**FLOXAM<sup>®</sup>**

Flucloxacilline

**250 mg / 5 ml**

1cm 3 jrs / jour x 8 jrs

122,00

Zoubida TRACHLI  
Spécialiste en dermato-Vénérologie  
28, Av de France Appt N°6 Agdal Rabat  
Tél: 05 37 68 10 09

28, شارع فرنسا رقم 6 الرباط - اكدال - الهاتف: 05 37 68 10 09  
28, Av de France Appt. N° 6 Rabat - Agdal - Tél: 05 37 68 10 09