

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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

N° W19-424975

ND: 43441

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9402	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LATIFINE SAÏD			
Date de naissance : 1959			
Adresse : Ceté djamâa jamaïda 4 Rue 84 N° 32			
Tél. : 0661915349	Total des frais engagés : 213611 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 24 Sept 2020			
Nom et prénom du malade : M. HOSNI M'BALI Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : DIABÈTE II - Hypertension HTA			
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 : 24/09/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE 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
20/02/2010	01	0.1	150/-	INP : INPE 2010/4046 Mastata TACI IN DIURETIC B ARTIC-B 87

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ABDELYAHIM RACHID Dokter Pharmacie 101-103 Av. Sidi El Mennaoui Casablanca - Tel : 05 22 55 40 00</p> 	20/09/14	9191,10

## **ANALYSES - RADIographies**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

BEI EVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram illustrates the H-D-H system, featuring a central hydrogen atom (H) at the top. It is bonded to two deuterium atoms (D) at the bottom, which are further bonded to each other. The entire assembly is enclosed within a dashed rectangular box. A horizontal double-headed arrow below the structure indicates its extent or periodic nature.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





6 118001 031092  
**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**  
 Boîte de 60 comprimés pelliculés  
 PPV : 390.00 DH



6 118001 031092  
**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**  
 Boîte de 60 comprimés pelliculés  
 PPV : 390.00 DH



6 118001 031092  
**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**  
 Boîte de 60 comprimés pelliculés  
 PPV : 390.00 DH

**Maphar**  
 Km 10, Route Côtière 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Odrik 2mg gelule b28 mv  
 P.P.V : 69,90 DH

6 118001 181933

**Maphar**  
 Km 10, Route Côtière 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Odrik 2mg gelule b28 mv  
 P.P.V : 69,90 DH

6 118001 181933

**Maphar**  
 Km 10, Route Côtière 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Odrik 2mg gelule b28 mv  
 P.P.V : 69,90 DH

6 118001 181933

**Maphar**  
 Km 10, Route Côtière 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Odrik 2mg gelule b28 mv  
 P.P.V : 69,90 DH

6 118001 181933

LOT : 20E010  
 PER.: 11/2021

**KARDEGIC 75MG**  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 20E010  
 PER.: 11/2021

**KARDEGIC 75MG**  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 20E010  
 PER.: 11/2021

**KARDEGIC 75MG**  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30

6 118

**Di-INDO® 100 mg** 10 suppositoires

PPV 600DH40

EXP 04/2023  
 LOT 02012 4

PPV : 147DH40  
 PER : 06/22  
 LOT : J1831

PPV : 147DH40  
 PER : 06/22  
 LOT : J1831

PPV : 147DH40  
 PER : 06/22  
 LOT : J1831



43,50

**MYCOSTER 1%**  
 Solution 30 ml

LOT AFRIC-PHAR  
**199098** EXP 09/2022  
**PPV : 72DH90**

6 118000 071006

**NOMYC® 150 mg**  
 4 Géules

