

# 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.

## 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

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° P19- 064266

ND: 52412

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0256402 Société : Diabétologue  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Zine El Kheir Halima  
Date de naissance : 23.06.1968  
Adresse : 373 LOTEJITAD ST. DE BENNOUR  
Tél. : 0670940728 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr EL KAFI Souad Diabétologue  
Sce Diabète - Endocrinologie  
Santé Publique - El Jadida  
Date de consultation : 09/11/20  
Nom et prénom du malade : Zine El Kheir Halima Age : 52  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DRA  
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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LA PLEIADE</b> <b>Dr. Saïd SAOUAB</b> Bd. U; N° 1 Lx. Al Firdaous Hay AL MATAR EL JADIDA Tél: 05 23 35 53 64	9/11/20	507,40
INPE 112 066 857		

### 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													
				CCEFFICIENT 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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D 00000000	G 00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

VinoZinc®

Gélules

HD 00.96  
P : 09/23  
L2616

ROC  
ANTE  
SETTAT  
CIALE



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
جهة الدار البيضاء  
المندوبية الإقليمية بالحديدة

## ORDONNANCE

Le: 9/11/2020

NOM: Zineb El Hach Halima

79,20x2 1. ZITHROMAX 500 (ou équivalent)

1 cp le premier jour

1/2 cp pendant 7 jours

15,30 2. VITAMINE C 1g

1 cp \* 2 par jour pendant 10 jours

96,00 3. ZINC

50 mg par jour

36,30 4. D CURE FORTE 10.000

1 ampoule / 15 jours

27,20 5. CARDIOASPIRINE

1 cp à midi

94,30 6. EKINAX gélule

1/2 gél \* 3 par jour

PHARMACIE LA PLEIAD  
Dr. Saïd SAOUAB  
Bd. U. N° 1 Lot. AL FINESS  
Hay AL MATAREL 35 64  
Tél: 05 23 35 53 64

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E27  
EXP: 05/2023

58,40 7. Salupred 20 mg

507,40

344/15

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DÉLEGATION PROVINCIALE

Centre de Dépistage et Traitement du Diabète

Dr. KAFI Souad  
Diabétologue  
Endocrinologue  
Santé Publique

UT.AV. : 08 2022 P.P.V. 79 70  
LOT N° : 1296093 79,70

UT.AV. : 04 2022 P.P.V. 79 70  
LOT N° : 1290364 79,70

58,40  
**Solupred® 20mg**

**Vita C1000**  
PPV 15DH30  
EXP 09/2023  
LOT 0803135

**EKINAX®**  
A consommer de  
préférence avant fin : 94,30 DH  
Lot n° : C2003201  
Per : 02-2023

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.F.W. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280