

## 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

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



## Declaration de Maladie

N° W19-485506

NO 17549

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société : SAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAKOUTY Abdelmoujel

Date de naissance : 09.03.67

Adresse :

Tél. : 0611899083 Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. IMAMI Sanaa**  
Médecin Généraliste  
CHP Mokhebbi El Moussati  
TAROUAINE

Date de consultation : 26-12-2019

Nom et prénom du malade : YAKOUTY Abdelmoujel Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : G1.050 - Entérite

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) :

15100901  
CHP Mokhebbi El Moussati  
TAROUAINE  
DR. IMAMI SANA



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : 040405BA13   |
|                 |                   |                       |                                 | CG   |
|                 |                   |                       |                                 | Dr. IMAMI Sanaa  |
|                 |                   |                       |                                 | Médecin Généraliste  |
|                 |                   |                       |                                 | CHP Mokhtar F. Soussi  |
|                 |                   |                       |                                 | Taroudant  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|--|------|-----------------------|

**IMAMI Bouchaib**  
 Pharmacie Ouled Hariz  
 12 Bd. Mohamed V, Berrechid  
 Tél: 0522 33 73 51  
 INPE: 062047295

26/12/19  
 522,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

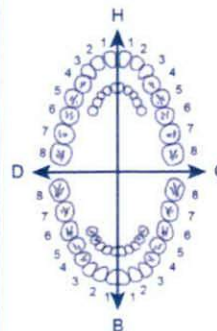
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|---|------|------------------------------|------------------------|

# AUXILIAIRES MEDICAUX

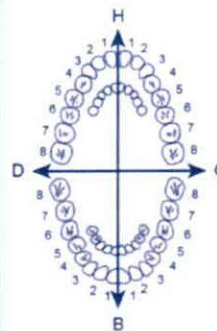
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 |
| B        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

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

**HISTANORM 10 mg 30 comprimés**  
 PPV 58DH00 EXP 08/2020  
 LOT 86035 1

ORDONNANCE

**HISTANORM 10 mg 30 comprimés**  
 PPV 58DH00 EXP 12/2019  
 LOT 7N021 1

**FAMILI BOUCHAÏ**  
 Pharmacie Oul  
 124, Bd. Mohamed V, Gern  
 Tél: 0522 33 73 51  
 INPE: 062047295

Le: .....

79.70 x 3

YAKOUTY A. obégyid

1) **AZELUS 30 mg**  
 58.00 x 2 1 cp/j bott 0

**79,70**  
 PPV 79DH70  
 PER 10/21  
 LOT H2054

**79,70**  
 PPV 79DH70  
 PER 12/21  
 LOT H2796

2) **Histanorm 10 mg**  
 80.00 1 cp/j bott 2 Mois

**79,70**  
 PPV 79DH70  
 PER 12/21  
 LOT H2796

3) **DEBRIDAT 100 mg**  
 87.00 1 cp x 3/

UT. AV.: 01 21 P.P.V.  
 LOT N°: 1253074  
**80,00**

4) **Relaxium 30**

**KANT**  
 LOT: 190030  
 DLID: 01/2022  
 87.00DH

**MAM**  
 Médicin Général  
 Mokhtar El Sol  
 Tarapudant

522,10 1 gel/