

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0030058

N. D. 18675

**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.

**Diagnostique 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.

**Prothésaire :**

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 - 5ème 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

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 8421      Société :  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : NASSIME MOHAMED  
 Date de naissance : 01-07-1947  
 Adresse : Lotissement opération LISSASFA n°108 LISSASFA CASA BLANCA  
 Tél. 0667280051      Total des frais engagés : 1249,80 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/2020      30 JAN 2020  
 Nom et prénom du malade : SAKYAT PARIDA      Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : 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
29/01/20			300,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/01/20	949,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

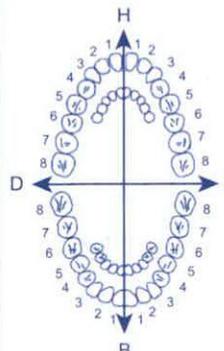
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

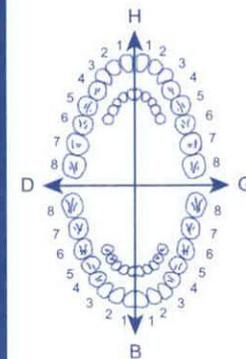
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Bipreterax**<sup>®</sup>

Arginine 5 mg/1,25 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

125/60

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

**Bipreterax**<sup>®</sup>

Arginine 5 mg/1,25 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

125/60

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

**Bipreterax**<sup>®</sup>

Arginine 5 mg/1,25 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

125/60

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

**Bipreterax**<sup>®</sup>

Arginine 5 mg/1,25 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

125/60

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

**Bipreterax**<sup>®</sup>

Arginine 5 mg/1,25 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

125/60

LOT : 19E004  
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

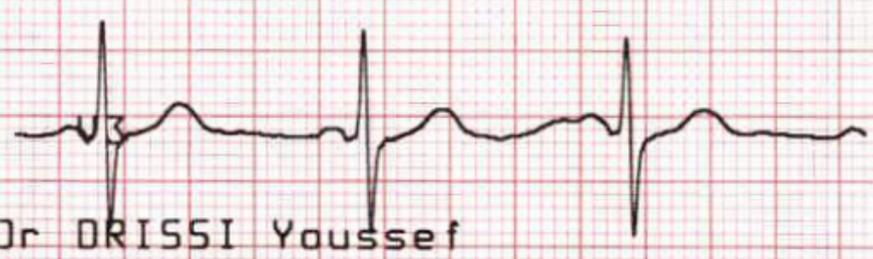
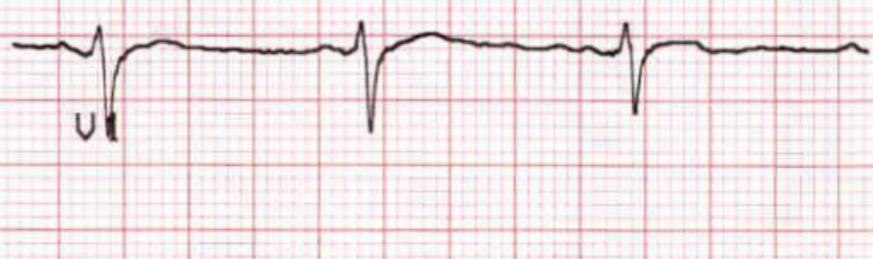
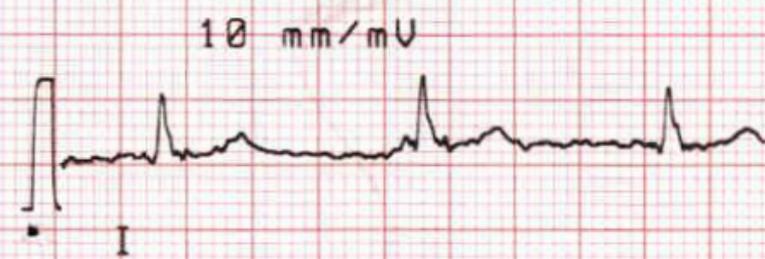
P.P.V. : 21DH80



6 118000 061113

BRUNY A I

BRUNY A I



Dr DRISSI Youssef  
AT-101 1.32 M

Me 29-JAN-20 11:49:01

25 mm/s

0.05-35Hz F50 55F SBS

2,157 026

2,157 026

2,157 026

2,157 026