

# 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](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)

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° P19- 0041907

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1192 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DRIFI FATIMA  
Date de naissance : 22/12/1965  
Adresse : 507, rue Guelzimacasa  
Tél. : 06 93 31 98 30 Total des frais engagés : 2120,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2020  
Nom et prénom du malade : DRIFI FATIMA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Casa Le : 2 / 2 / 2020  
Signature de l'adhérent(e) :



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/01/2021			300,5	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL MARKAZ</b> <b>ASSEHI Lot. LEGENTIE</b> <b>Sidi Rahal Plage</b> <b>Tél : 05.22.96.93.87</b>	7.01.20	2129,50

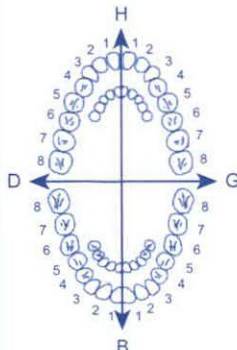
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologiste	Date	Désignation des Analyses
 <b>LOT : 9MA084</b> <b>PER: 04/2023</b> <b>Lasilix 40mg 20 Cp séc</b> <b>P.P.V : 34DH60</b> 		<b>LOT : 9MA082</b> <b>PER: 03/2023</b> <b>Lasilix 40mg 20 Cp séc</b> <b>P.P.V : 34DH60</b> 

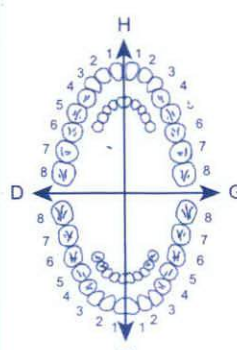
AUXILIAIRES		
Cachet et signature du Praticien	Date de Soins	Montant des Honoraires

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'odontologie.

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 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI  
Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille  
Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور احمد السطى  
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
خريج كلية الطب بليل  
طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations  
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

07/01/2020

Dr. Ahmed SETTI

Gliborax x 2/

Apoel 100 1/

Xesolol 25 1/

Lasix 1/

Ambros 1/

6 x 89,20 = 535,20

6 x 150,40 = 902,40

2129,50

Tél : 05.22.96.93.87  
Sidi Rahat Plage

PHARMACIE AL MARKAZ  
ASSEHI LOT. LEGENIE

Guy

95,00

95,00

95,00

95,00

95,00

UT.AV : 89,20

P.P.V. 89 20

LOT N° : 127

UT.AV : 89,20

P.P.V. 89 20

LOT N° : 127

UT.AV : 89,20

P.P.V. 89 20

LOT N° : 127

150,40

150,40

150,40

150,40

150,40

UT.AV : 89,20

P.P.V.

LOT N° : 27556

UT.AV : 89,20

P.P.V.

LOT N° : 27317

UT.AV : 89,20

P.P.V.

LOT N° : 127

150,40