

# 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

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° P19-0035957

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161

Société : 2AM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDERRAHIM

Date de naissance : 14-05-1955

Adresse : CITE Djemaa Rue 131 N° 09 647

Tél : 0661 72 75 46

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2020

Nom et prénom du malade : MOUJTAHID Abderrahim Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + D.N.I.D

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 : 04-02-2020 CAS Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
01/02/20	C 1	1	1200M	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ARMACIE SBA</b> <b>TAZI RAFIAA</b> 259, Bd Sokla Al Hamra CASABLANCA T: 0522 37 10 15 - IF: 49628100 SS:1579088-ICE:001632349000079 P: 092052562 - PGT: 37426120	02/20	555.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

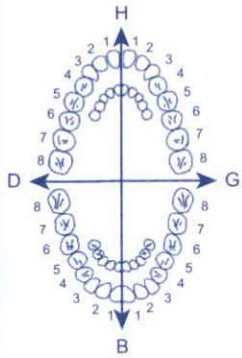
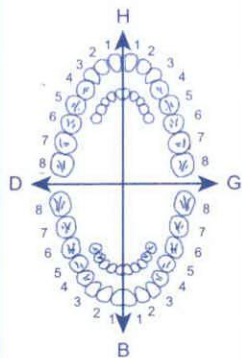
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

DR. Samira GUASMIATE

Omnipraticienne

C.U. Echographie générale

ICE : 001716682000066

Casablanca, le :

01/02/2020

ORDONNANCE N° 1885

Moustahid

Abderrahim

1870 x 2<sup>1</sup>) Diamcum 60 up. cp.  
2800 x 4<sup>2</sup>) 1 cp à jeun matin x 2 fois  
5400 x 3<sup>3</sup>) GlucoPhage 1000 T.G.P.  
1 cp x 2 / 1<sup>1</sup>) x 2 fois  
3070 4<sup>1</sup>) Rantmil 100 mg q.  
Kardegic 75 mg sach. matin x 2 fois  
11690 5<sup>1</sup>) Actocorbre 150 mg sach.  
1 cp à midi x 2 fois  
6990 6<sup>1</sup>) Floxapen 1 cp x 3 / 1<sup>1</sup>)  
Gel. 1 gel x 3<sup>1</sup>)

524.90  
3070

PHARMACIE SBATA  
DAZI RAFIAA  
259, Bd Sakia Al Hamra  
CASABLANCA  
Tél : 0522 37 15 - IF : 49628100  
CNSS : 1579088 - ICE : 001632349000079  
INPE : 092052562 - Pat : 37426120

DR. Samira GUASMIATE  
Médecin Généraliste  
C.U. d'Echographie Générale  
Jamilia 5, Rue 62, Cité Djemaa Ben M'sik  
CASABLANCA  
Tél : 0522 59 1570 - 0665 35 6992

LOT : 19E004  
PER : 04/2021

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



RESPECTER LES DOSES PRE

PPV: 69,90 DH  
LOT: 579306  
PER: 11/20

78,70

LOT 191498  
EXP 10/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191498  
EXP 10/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191913  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

27,00

78,70

LOT : 19E004  
PER : 04 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

54,00

54,00

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)  
PPV 46,90 DH SOTHEMA

6118001 070015