

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº W19-474784

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22780</b>			
Matricule : <b>2796</b>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : <b>TOUHARI Hocelkettar</b>		Date de naissance : <b>14.05.1947</b>	
Adresse : <b>Lohamento ALBOUSTANE - IMM 37 - Apt 10</b>		Tél. : <b>0667321249</b>	
		Total des frais engagés : <b>162,90</b> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>1/12/2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>TOUHARI Hocelkettar</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>CHRONIQUE</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>CHRONIQUE</b>			
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 : **TOUHARI Hocelkettar**  
 Signature de l'adhérent(e) : **TOUHARI Hocelkettar**

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
Nº W19-474784	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <b>2796</b>	
Nom de l'adhérent(e) : <b>Touhari</b>	
Total des frais engagés : <b>162,90</b>	
Date de dépôt :	

#### **RELEVE 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 : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

#### ► EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/12/2018	162,90

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

#### **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

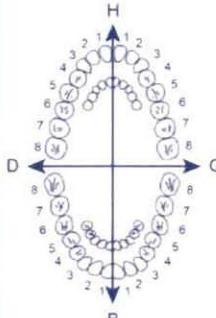
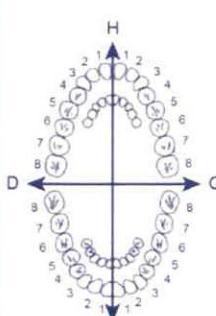
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B G</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														



Le ...../...../.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

### A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. IDRISI AMRAOUI BATOUL  
Médecine Générale  
Assermentée auprès des tribunaux  
10, Avenue AL Massira, Amal 4  
Extension C.Y.M : Rabat  
Tél: 05 22 79 95 96

Certifie que M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M :

*Jelil Reria...AbdelFettah...*

Présente

*new Diabète type 2*

Nécessitant un traitement d'une durée de:

*Diabète non contrôlé  
de 3 q.s. à vie*

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr. IDRISI AMRAOUI BATOUL  
Médecine Générale  
Assermentée auprès des tribunaux  
10, Avenue AL Massira, Amal 4  
Extension C.Y.M : Rabat  
Tél: 05 22 79 95 96

# PHARMACIE MIMOSAS

HALIM RADI

05 37 29 20 00

MAG 15 IMM 8 RESIDENCE MIMOSAS HAY ELFATH CYM , RABAT



Facture N° 20191227-849

Date de vente : 04/12/2019  
Médecin traitant :

JOUHARI ABDELFETTAH

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DIAMICRON LM CO 30MG B30 COMP	3	54,30	Exonéré (0.00%)	162,90
Total HT				162,90 DHS
TVA				0 DHS
<b>Total</b>				<b>162,90 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-deux DHS et quatre-vingt-dix centimes

الدار  
PHARMACIE MIMOSAS  
Rés. Mimosa, Hay El Fath - Rabat  
Tel : 05 37 29 20 00  
INPE : 102 04 27 44



Compromis à libération modifiée

**30**

Gliclazide

DIAMICRON 30 mg

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
**SERVIER MAROC**  
Les Laboratoires Servier - France



LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
القائمة الأولى : على وصفة طبية فقط

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

**30** Compromis à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON 30 mg

54,30



Compromis à libération modifiée

**30**

Gliclazide

DIAMICRON 30 mg

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
**SERVIER MAROC**  
Les Laboratoires Servier - France



LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
القائمة الأولى : على وصفة طبية فقط

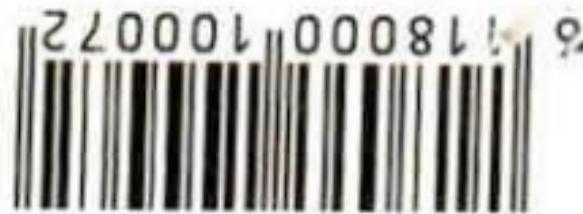
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

**30** Compromis à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON 30 mg

54,30



Compromis à libération modifiée

**30**

Gliclazide

DIAMICRON 30 mg

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
**SERVIER MAROC**  
Les Laboratoires Servier - France



LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
القائمة الأولى : على وصفة طبية فقط

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

**30** Compromis à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON 30 mg

54,30