

## 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

**Maladie**

Matricule : 10993

Actif

Nom & Prénom : CHADY Hamane

Date de naissance : 19/07/1976

Adresse : 19 lot A1 WOROU HAY CHEIFA.

Tél. : 0661487114

**Dentaire**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Pensionné(e)

Autre

Société : RAM

**Optique**

**Autres**

23839

Total des frais engagés : # 986,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 MARS 2021

Nom et prénom du malade : CHADY Hamane

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie Chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

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.

Age : 45

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 : 21/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : CHADY Hamane

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie

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 : 10993

N° W19-499132

Nom de l'adhérent(e) : CHADY Hamane

Total des frais engagés : # 986,20

Date de dépôt : 21/10/2021

## 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
 <b>Pharmacy of Amra BENNANI</b> Mohamad El Nabazne Doctor in Pharmacy 17, E. n. bennani street	24-01-2020	986,20

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INP :	_____
COEFFICIENT DES TRAVAUX	_____
MONTANTS DES SOINS	_____
DEBUT D'EXECUTION	_____
FIN D'EXECUTION	_____
COEFFICIENT DES TRAVAUX	_____
MONTANTS DES SOINS	_____
DATE DU DEVIS	_____
DATE DE L'EXECUTION	_____

PPV:10DH30  
PER:10/21  
LOT:H2062

PPV:10DH30  
PER:01/22  
LOT:1043

~~Solupred 20mg~~

Date \_\_\_\_\_

24-01-2020

LOT 1237  
PER 05/21  
PPV 48,000H  
fla

Antistress

PPV: 79,90 DH  
LOT: 614255  
PER: 02/21

PPV: 79,90 DH  
LOT: 614255  
PER: 02/21

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMERIC  
Quartier Arzalane-Rue Amyot d'Inville  
CASABLANCA-MAROC  
FUCIDIN® 250 mg  
Comprimé pelliculé  
Boîte de 10 comprimés

LOT 181030 1  
EXP 04/20  
PPV 102.00 DH

**IXOR® 20 mg**

卷之三

EXP 10/2021  
LOT 96026-2

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	MONTANT
2	2L parfum 100 ml + 1'S	10,30	20,60
1	2L parfum 100 ml + 1'S	18,40	18,40
2	Agua de perfume 250 ml + 1'S	79,90	159,80
1	Flacon parfum 150 ml + 1'S	134,50	134,50
1	Flacon parfum 200 ml + 1'S	102,00	102,00
1	Flacon parfum 125 ml + 1'S	118,00	118,00
1	Flacon parfum 250 ml + 1'S	48,00	48,00
1	Flacon parfum 150 ml + 1'S	49,80	49,80
2	81ex 100 ml + 1'S	63,20	126,40
1	Agua de perfume 100 ml + 1'S	168,20	168,20

Pharmacie Ouled El Makhazine  
Monteith Amine  
Docteur en pharmacie  
15 Makhazine 17  
Tunisie  
bienvenue@...

Nous serons dans la ville six jours  
et 20 certifiés.

LOT 182623  
EXP 11 2  
PPV 63.20 D

PPV: 168,20 DH  
LOT: 623080  
PER: 03/21

M.TOTAL

986, 20

in Chock - Casablanca  
NSS: 9417256 - RC : 399650  
nani.dr@gmail.com

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80

ICE : 0003

Té