

# 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.

## 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 - 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° P19-0027856

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9588 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHAYATE MOHAMED  
Date de naissance : 16/08/1956  
Adresse : HABITUELLE  
Tél. : 06 68 61 11 72 Total des frais engagés : 1000,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. OUDRHIRI NAIMA  
Expert Assermenté  
Derb Inani Rue 29 N°3  
Hay Mohammadi  
Casablanca Tél: 05 22 62 02 35

Date de consultation : 07/03/2020  
Nom et prénom du malade : CHAYATE MOHAMED Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Aff. - uned... H.T.A.  
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 : 10/03/2020  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

# 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
07/03/2020		1	15004	Dr. OUDRHIRI NAIMA Expert Assermenté Derb Inani Rue 29 N°3 Hay Mohammadi Casablanca Tél: 06 22 62 02 35

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/03/20	850,20

## 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>11433553 11433553</p> </div> </div> <p>B</p> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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

Dócteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة وادغيري

الطب العام

طبيبة محلفة

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca, le 07/03/2020 الدار البيضاء في:

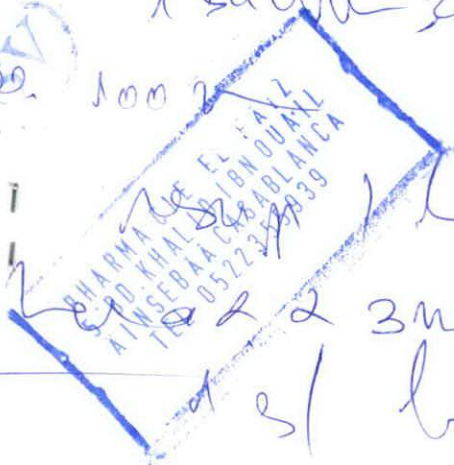
M<sup>r</sup> CHAYAT. Mohamed

1) Asserment



1 sac 24,15

2) Dr. M. 100 100 2  
60,40



3) Dr. M. 100 100 2  
120,60 x 3



4) Dr. M. 100 100 2



118,50

850,20

1 sac 1/2

Dr. OUDRHIRI NAIMA  
Expert Assermenté  
Derb Inani Rue 29 N°3  
Hay Mohammadi  
Casablanca Tel: 05 22 62 02 35

**AUGMENTIN®**  
AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 596528  
PER: 08/19



Augmentin® est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

**AUGMENTIN 1g**  
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg  
sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des  
repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس...مرة في اليوم يتناول مع الأكل، خلال ...يوم.

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 126,30 DH  
LOT: 51425  
PER: 10/20



125,60

125,60

**Di-INDO® 100 mg** 10 suppositoires

PPV 600H40

EXP 08/2022  
LOT 93016 6

**IXOR 20 mg**

28 comp.  
effervesc.

PPV 1180H50

EXP 11/2020  
LOT 80037 1

125,60