

**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**

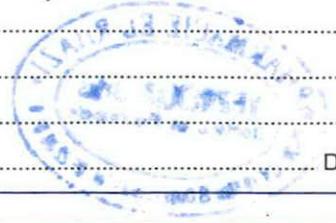
N° P19- 0043939

NO: 29/05

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

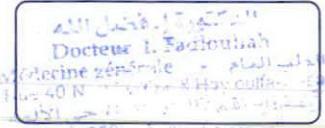
**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3098 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : HARRATI DRISS  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs



**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : SOUMAI HASSIBA Age:  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : cas de prothèse fuchs  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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
08 JULY 2020				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
	08/06/2020	314,00

### 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 <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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
		H																
		25533412	21433552															
00000000		00000000																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 I. FADLOULLAH

MEDECIN GENERALISTE

97, Rue 40, Wifaq II  
Hay Oulfa - Casablanca  
Tél.: (212) 0522 93 05 47

الدكتورة إ. فضل الله

الطب العام

زقة 40. رقم 97. الوفاق II  
حي الألفة - الدار البيضاء  
الهاتف: (212) 0522 93 05 47

Casablanca, le ..... 08 JUL 2020 ..... في الدار البيضاء

Souban tensiba.

91,00

① Eucortmyc



rep

4 15/2

21,00

② Libmaxip

rep x 24 + 1mg

54,70

③ Mebeverine ls

rep x 24 + 15/2

28,80

S.V

ⓐ Vitamine C

1 cp x 30 x 1 mois

118,50

Ⓢ

I DOK 207

S.V

1 cp x 30 x 1 mois

T: 314,00

LOT	200058
EXP	01/2025
PPV	54,70

54,70

Dr. I. Pastouhah  
 Docteur en Pharmacie  
 Tel. 052...

LOT:19161 PER:12/2022
PPV: 21,00 DH

PHARMACIE EL RHAZI  
 YEZROUR Driss  
 Docteur en Pharmacie  
 18 Road El Ouffa - Casa - Tel: 95728998

**IXOR 20 mg** 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50  
 EXP 12/2021  
 LOT 9N047 2

Lot:	3540A
EXP:	06/2024
PPV:	91,00 DHS

91,00