

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-485408

SPASS



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	01082	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUQUA Mohamed			
Date de naissance : 01/01/1948			
Adresse : 149, Lot CHOUQUA BERRECHID			
Tél. : 06 64 77 24 62 Total des frais engagés : 490,40 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Brahim EL OUASSI MUPRAS			
Spécialiste en Anesthésie & Réanimation CAB/CPA et Exploration Card. Vasculaire			
Date de consultation : 16/11/2020			
Nom et prénom du malade : CHOUQUA M'hamed Age : 72 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : gestant			
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 : Benhassan  
Signature de l'adhérent(e) : Le : 16/11/2020



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE QUARTIER AL FARAWI 96, lot Al.Faraw - Berrechid 0522 53 49 09 - GSM: 06 20 91 81	16/12/2023	490,40

## **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	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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"/>															
				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" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">35533411</td> <td style="border-top: none;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B	G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H	25533412	21433552																
		00000000	00000000																
	D	00000000	00000000																
		35533411	11433553																
	B	G																	
			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															

Laureat de la Faculté de Médecine de Casablanca  
 Diplôme de Spécialité en Anesthésie & Réanimation  
 de la Faculté de Médecine de Rabat  
 Ancien Médecin Attaché aux Hopitaux Universitaires  
 d'avicenne de Rabat  
 Ancien Médecin des Forces Armés Royales  
 Cabinet de Consultation et d'Exploration  
 Cardio Vasculaire



خريج كلية الطب بالدار البيضاء ،  
 حاصل على دبلوم التخصص في الانعاش  
 الطبي - الجراحي و علم التخدير بالرباط  
 طبيب مقيم بمستشفيات الجامعية  
 ابن سينا بالرباط  
 طبيب مقيم بالقوات المسلحة الملكية  
 عيادة تشخيص واستكشاف أمراض  
 القلب والشرايين

18-12-2020  
 Berrechid le : .....

**ORDONNANCE**

7<sup>th</sup> CHOUAIB  
 Mohamed

49,80

① Flagyl 500 مجم × 25



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



79,70  
 x3

② Azix 500 - N°3



PHARMACIE  
 QUARTIER AL FAR  
 49,09, Cas: 0620 91 90, 09

99,50

③ Ceva col x =

PPV: 79DH70  
 PER: 11/23  
 LOT: J3058

PPV : 79DH70  
 PER : 09/23  
 LOT : J2418

102,00

④ 1 postill x 25

PPV: 79DH70  
 PER: 11/23  
 LOT: J3058

PPV: 79DH70  
 PER: 11/23  
 LOT: J3058

490,40

Aular 20  
 مجم × 25



Lot: B190903002  
 A consommer de  
 préférence avant le: 09/2022  
 PPC : 99,50 DH

Dr. Brahim ELOUASSI  
 Spécialiste en Anesthésie & Réanim.  
 CAB/C.P.A et Exploration Cardi-  
 Vasculaire  
 Tel: 0522 33 63 30

LOT: 19195  
 PER: 07/2023  
 PPV: 102,00 DH



06 06 93 68 01

- 05 22 33 63 30

تجزئة اليسر 2 رقم 73 برشيد