

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-441103

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : M204		Société : RAM 55390	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUSSAID ABDELKARIM
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		Habituelle	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 149492 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30/12/2005			
Nom et prénom du malade : Bassam M. AÏSSI Age: 21			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ADP cervical			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## **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
30/11/2020	03	1300	8	INP : 109041916

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;"> <b>PHARMACIE DAR AL IDAA</b>  <b>Dr IDRISI Zineb</b>  <b>Hay Al Ousra II N° 161 Ain Chott</b>  <b>Tél 05 22 50 32 33</b> </p>	30.12.20	363.90

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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'ODF.

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

**Docteur Latifa LABIBE**  
Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital  
Mohamed BOUAFI



**الدكتورة لطيفة البيب**

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى  
محمد بوافي

**ORDONNANCE**

Casablanca, le: ..... الدار البيضاء في:

Dr. Latifa Labibe  
PHARMACIE DAR AL IDAA  
Dr. IDRISI Zineb  
Hay Al Dousra N° 161 Ain Chock  
Tél 05 22 50 32 33

30/11/2022

Mme Houssein

Bassma

1) Zemox 1g

15

10.50 15x2

2) Parantel 500mg off

15

PPV: 100DH50  
EXP: 03/2023  
LOT: 030551

h.0.80 14x2

15

3) Motilium 5mg

MOTILIUM 1MG/ML O  
LOT: 04/2022  
PER: 04/2023  
P.P.V : 40DH80  
Barcode: 6 118000 011040

30.50 1 cà. cx 3 / 1

15

4) Argosup

1 cà. /

15

58.00

5) Solupred 20mg

Dr. Latifa Labibe  
Médicaments  
21 Avenue Lahraouine  
Casablanca  
Tél: 05 22 59 87 01

LOT : 8476  
UI-AV : 02-23  
P.P.V : 30DH50

101 58,40  
PER: 01/20  
Solupred® 20mg

22.7<sup>o</sup>  
6) Bayactil

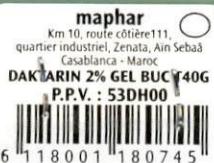
LOT:

PER:

PPV:

22.70

53.00  
7) Dalclar Gel loc (cal)



32.00  
8) Eucarbon   
14gx25

32.00

T: 363.90

مختبر  
PHARAMA LARIDAA  
Dr IDRISI Zineb  
Hay Al Ousra N° 161 Afn Chock  
Tel 05 2250 32 33

DR. LARIBE Latifa  
Medecin Generaliste  
20 Avenue Latifa  
Stage 2000  
Casablanca