

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Accident :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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° P19-0035731

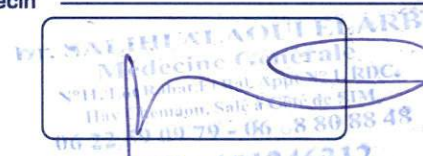
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **57678** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1803** Société : **R.A.M. Esc RBA**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : **BELOAFKI H. Mansour**  
Date de naissance : **16.02.10.1952**  
Adresse : **Route Kenitra Hay Chamaou ARSAT SALA**  
**PS29 Sala**  
Tél. : **06 61 86 21 11** Total des frais engagés : **3 892,12** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06/01/2021**  
Nom et prénom du malade : **HABIBA AOUFI** Age : **68 ans**  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **sd grippal / Asthme généralisé / F.év.**  
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 : **Sala** Le : **24/01/2021**  
Signature de l'adhérent(e) :

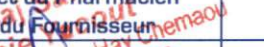
*[Signature]*



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
06/01/2021			120,00 DM	

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>06</p> <hr/> <p>01</p> <hr/> <p>2021</p>	<p>Dr. Kablay Sanae</p> <p>385185</p> <p>Pharmacie Yacout</p> <p>Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemaou</p> <p>Tél : 0637 87 87 17</p> <p>Fax : 000424273000038</p>

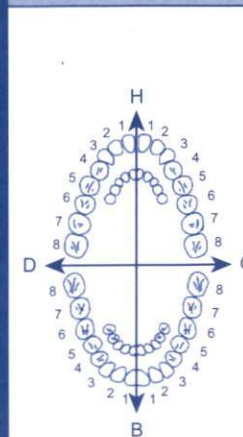
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>06</p> <hr/> <p>01</p> <hr/> <p>2021</p>	<p>385,80</p> <p>Dr. Karim Sanae Pharmacie Yacout</p>

[illegible][illegible][illegible][illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
<p>Denture standard avec numéros 1-8 sur chaque arcade et lettres H (haut), B (bas), G (gauche), D (droite).</p>												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
			MONTANTS DES SOINS									
			DEBUT D'EXECUTION									
			FIN D'EXECUTION									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
<p>Denture standard avec numéros 1-8 sur chaque arcade et lettres H (haut), B (bas), G (gauche), D (droite).</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>D</b></td> <td align="center"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </table>		<b>H</b>		25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>	
	<b>H</b>											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	<b>D</b>	<b>G</b>										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	<b>B</b>											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>											
			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
			MONTANTS DES SOINS									
			DATE DU DEVIS									
			DATE DE L'EXECUTION									

**Important :**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION



	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. SALIH ALAOU ELARBI

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et Pharmacie Rabat

Médecine Générale

Echographie / ECG

الدكتور ~~علي العربي~~

خريج كلية الطب والصيدلة بـ

الطب العام

الفحص بالصدى / تخطيط القلب

Salé le : 06/01/2021 سلا في :

M. HABIBA AOUFI

Dr. Kabbaj Sanae  
Pharmacie Yacout

Cplexe Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemaou

Salé - Tél : 0537 87 87 17

ICE : 000424273000038

19,70  
2  
159,40

1) Azix 500-g

1cl/j

1cl/j

pd 7

pd 7

40,90 2)

Zinarkin

1c

x 2/j

pd 10j

15,30 3)

Vitamin

1c

x 2/j

pd 10j

36,30 4)

D cura 25000 UI

1amp/saine

pd 1-2

29,50 5)

Fitepol's

1c am

x 3/j

pd 7

14,40  
36,80 6)

Dof: pranu

1000-g

1c

x 2/j

(comprisé n suppr)

pd 7

② N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N° 1, RDC, Hay Chemaou, à Côté de BIM, Salé

② عمارة راحة البال رقم 11، الشقة رقم 1، الطابق السفلي، حي شماعو، قرب بيم، سلا

② 06 68 80 88 48 - 06 22 59 09 79

PPV : 79DH70  
PER : 11/23  
LOT : J3107

PPV:79DH70  
PER:11/23  
LOT:J3103

PPV 40DH90

EXP ~~11/2023~~  
LOT ~~DM739 16~~

PPV 15DH30  
EXP 11/2023  
LOT 00057 25

PPV: 56,30 DH  
LOT: 20J170  
EXP: 10/2022

Lot: 200421  
A consommer  
de préférence avant le: 04-2023  
PPC: 79,50 DH

PPV 14DH40  
PER 11/21  
LOT 12623

14/40