

# 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

## Pathologie et Maladie Chronique 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

RAS 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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006494

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

60201

Matricule : 3220

Société : RAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKIJI

mustapha

Date de naissance : 1 - 1 - 1945

Adresse : lot Sidi Abdessalam. Rue 40. N°22 ouf

06.62.20.73.18

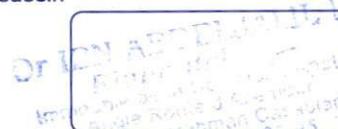
1132.2.2

Tél :

Total des frais engagés : 83605 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/02/2021

Nom et prénom du malade : Bakrid El Mustapha

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Beeha Oqa

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 : CASA

Le : 13/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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
13/12/20	02		250.00	DR. ABDELLAH Signature: Dr Abdellah Address: 100 Avenue Angle Avenue de l'Industrie B.P. 25000 Tel: 0522 39 38 68/93

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/2021	586,0500

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNEXE V. RADIOSURVIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

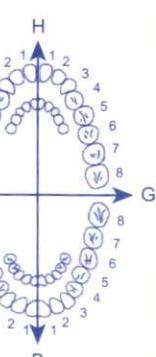
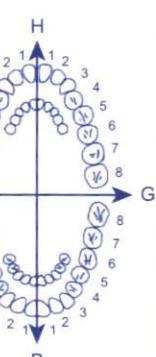
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

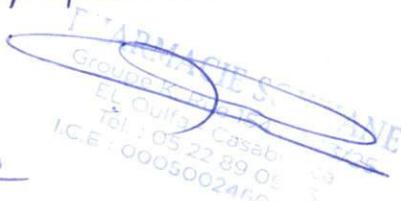
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Nom et Prénom :

Youssef Bakkal El Housseyni

Casablanca le : 13/2/21



1) Dacee feek

100g a 100 Dhs

108.65 x 3 les 15 j 23.

2) Ostéocalc

100g / 3

3 mois

53.10

3) Relaxol

100.00 x 2

200g / 3

le malin = 10

29.50

4) Klipale

20g / j

le sac

à 10j

Angle Route D'Azemmoar & Bd Sidi Abderahmane, Immeuble de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

5) Nase Nase gel a 100 Dhs : la poudre

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J26  
EXP: 10/2023



7 640127 792018



09/22

**LOT** 181009

ISOPHARM  
NEWLEX CHAUFFANT

**MFD** 10/18

79,80 DH

LOT 21E014  
PER 05/2022

141,00

LOT 21E014  
PER 05/2023

141,00

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.E.: 06/2016  
P.P.V.: 53DH10  
6 118000 060833

Osteocare 30 CP  
PVC : 108,65 DH

Ut Av : 30/06/2024 Lot : 245629A

Iphabiotics

5 "021265"244683">

Osteocare 30 CP  
PVC : 108,65 DH

Ut Av : 30/06/2024 Lot : 245629A

Iphabiotics

5 "021265"244683">

Osteocare 30 CP  
PVC : 108,65 DH

Ut Av : 30/06/2024 Lot : 245629A

Iphabiotics

5 "021265"244683">

PHARMACEUTIQUE SQUIANE  
Gardien 1000, 135 N° 23/25  
El Oued - Casablanca  
Tel. : 05 22 36 09 63  
I.C.E : 0005002460000026