

# 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.

## Diagnostique 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° M20- 0002019

61471

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3097 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAÏOË ARISS  
Date de naissance : 12/02/1951  
Adresse : SIDI RAHMAN PLAGE BP 47 ALENCEARD  
CODE POSTALE 2643350 SIDI RAHMAN  
Tél. 06 37 43 78 42 Total des frais engagés : 1500235982 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 12/02/2021  
Nom et prénom du malade : Asentail Atina Age 65 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection dermatologique  
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 : SIDI RAHMAN


Le : 01/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
12/02/2021		CPD	15000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE CHATEAU D'EAU DR. TOUJIL HANANE DOUAR BENABID R BOUAZZA Tel: 05 22 93 70 22	12/02/21	359,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

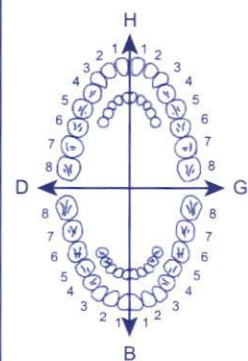
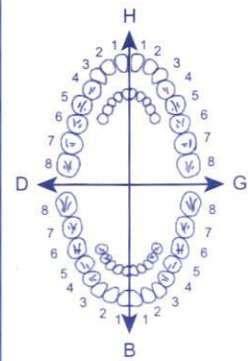
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
			DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. OUBALKASS Hind  
MEDECINE GENERALE  
Hay TANMIA, N° B42, 1<sup>er</sup> Etg  
SIDI RAHAL  
Tél : 05 22 96 94 53



الدركتور أوبالكاس هند  
الطب العام  
حي التنمية، رقم: ب 42، الطابق الأول  
سيدي رحال  
الهاتف: 05 22 96 94 53

## ORDONNANCE

SIDI RAHAL, le 19/02/2021 في سيدي رحال،

ال<sup>me</sup> Abontail Fatma

49,80

1 Flagyl 500

Δ past 3x / j

24,70

2 Taraxet 25 cp.

0 - 0 - 1 cp

76,80

3 Typhlo 150 gel

1 gel / j

55,10

4. Oropropolis polis. past

Δ past 3x / j

14,00

5. Hexamethine

1 cp / j

140,00

6. Oeles gel

1 gel / j

359,80

LOT : 19011  
PER: 10/2024  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80  
6 118000 060062

TARAXET® 25 mg  
35 Comprimés, gélules, sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP  
PPV : 24,70 DH  
6 118000 022954

Pharmacie Respor  
LOT: 063  
PER: SEP 2023  
PPV: 76 DH 20

LOT: 2361120  
PER: 11/2023  
PPV: 55,10 DH  
OROPROPOLIS

SDP AVRICCAL  
إكروميدين  
محلول

LOT: 201160  
PER: 04-2023  
PPV: 140,00DH

Dr. OUBALKASS Hind  
MEDECINE GENERALE  
Hay TANMIA, N° B42, 1<sup>er</sup> Etg  
SIDI RAHAL  
Tél : 05 22 96 94 53

PHARMACIE  
DAR BOU