

# 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.

## Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

## 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- 0005130

66124

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00620 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAIK Khadday

Date de naissance : 11/11/69

Adresse : G.H. Rue 161 - N° 15 - oulfa - cana

Tél. 0525104722 Total des frais engagés : 748,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/03/21

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : consulte - sd sec qualis

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 : Le : / /

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
22/03/21			G	Dr. Hassan LAHSAID Ophtalmologiste

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANASSER ZAKI Abdelati 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oufal Casablanca - Tel: 0522.90.51.15 ICE 002291220000071	22/03/21	748,00

### 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 :**

Veuillez 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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			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



بالتشخيص المبكر و العلاج يمكن القضاء على المرض

ORDONNANCE

22/03/21

34,0 x 22,

chaik 1/4-1/2 day

34,0 x 22

1) hipolisi gel

10pp x 21

T= 748,0



ODX

6 mg

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelhak  
Pharmacien en Pharmacie  
24 Bd Oued Moulouya El Oulfa  
Moulouya - Tel: 052280.51.13  
Fax: 05229122000071

Dr. Ihsan LAMSADDAR  
Ophtalmologiste

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

DIPOSIC  
Gel ophthalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34 00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNF

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10  
ZENITH PHARM  
PPV: 34,00 DF.  
ADSP n°220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENTH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n°220 DMP/21/11/11

LIPOLIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique  
ZENITH PHAR  
PPV: 34,00 €  
ADSP n° 220 DMP, ...

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NM

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n°220 DMP/2

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n°220 DMP

LIPOSIC  
Gel ophthalmique 10  
ZENITH PHARM,  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP