

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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° P19- 0041632/4639

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4639 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr ELKANOUN Abdelkader

Date de naissance : 08-04-1952

Adresse : 47 Rue Air Ourir Boyasse

Tél. : 0664170213 Total des frais engagés : 356,82 dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/04/2021

Nom et prénom du malade : ELKANOUN Abdelkader

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

Nature de la maladie : Dermatose

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 : El Jadida Le : 02/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
2-11-2021		5	200,00	Dr AMAHZOUNE El Mostafa DENTISTE - VENEROLOGUE Imam MANCOURBILLAH Bd Mohammed V - EL JADIDA Tél : 35 28 10 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Fethi Mme HERTI Nazha Docteur en Pharmacie Bd Mohammed V - EL JADIDA Tél : 35 28 25	02/10/22	156,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

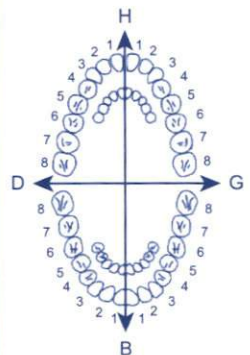
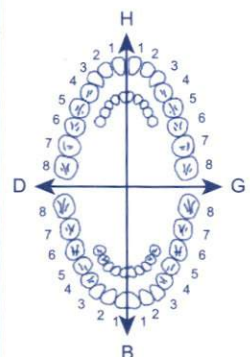
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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. AMAHZOUNE EL MOSTAFA**  
 SPECIALISTE DES MALADIES DE  
 LA PEAU, DU CUIR CHEVELU  
 CHIRURGIE DE LA PEAU - ESTHETIQUE  
 - INFECTIONS SEXUELLEMENT  
 TRANSMISSIBLES  
 P.U.V.A - THERAPIE  
 (psoriasis - vitiligo)



**الدكتور امحزون المصطفى**

اخصائي في امراض الجلد والشعر  
 والأمراض التناسلية جراحة الجلد والتجميل  
 التداوي بالأشعة فوق البنفسجية  
 (البرص والصدفية)

El Jadida, le : 2/04/21 : الجديدة، في :

M. EL KANOUN  
Albadi

19,00

Vermogal

(3)



Clair Clair à 2000 et 800 (pour)  
 tout le corps excepté le  
 visage et le cuir chevelu.  
 le lendemain à 2000 pendant  
 de 800 (moyen)  
 dans le bain et le  
 vêtements

(de la famille)

**vermogal**  
 GEL ANTIPARASITAIRE  
 PPV 19.00 DH  
 LOT A151 PER 11/23

**vermogal**  
 GEL ANTIPARASITAIRE  
 PPV 19.00 DH  
 LOT A151 PER 11/23

611 800115 012 0  
 DIPROLENE 0,05% Pommade 15  
 P.P.V. : 23,90DH  
 Distribué par MSD Maroc  
 B.P. 136 Bouskoura

52,00  
 60 شا

23,90 x 2

Apr 14



2/4

2 à 6 S

52,100

24



Mon 215

156,80

PHARMACIE HEFTI  
Mme HEFTI Nazha  
Docteur en Pharmacie  
80, Bd Mohammed V El Jadide  
Tel : 35 28 26



PHARMACIE HEFTI  
Mme HEFTI Nazha  
Docteur en Pharmacie  
80, Bd Mohammed V El Jadide  
Tel : 35 28 26