

## 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.

### Radiologie 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-596666

CA

68350

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11844	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MALEK MANAL			
Date de naissance : 24-01-1979			
Adresse : Résidence SAFAA IM 406 N° 19 Casab			
Tél. : 0661-11-69-77	Total des frais engagés :		Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 15.02.2021			
Nom et prénom du malade : MALEK MANAL Age :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-596666
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 68350	
Nom de l'adhérent(e) : MALEK MANAL	
Total des frais engagés : 37,60 Dhs	
Date de dépôt : 15.02.2021	



ACCUEIL

#### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	INF : ..... .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie JAWADEL AM 14 RUE 5 BP 5221 - 10021 FAX: 011-45221697 - PA RC 304697	24/01/21	38760

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

**important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire(s), ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

<b>D.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>81433552</td> </tr> <tr> <td>00000010</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td>00000010</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </table> <p>G</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse</p>	25533412	81433552	00000010	00000000	<b>D</b>		00000010	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
25533412	81433552													
00000010	00000000													
<b>D</b>														
00000010	00000000													
35533411	11433553													
<b>B</b>														

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 200908  
UT AV : 06/2023  
PPV : 44,00DH

LOT N° :  
PPV (DH) :

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2100305920 / H0119039860

Prénom : Manal



LAIS ROY  
Sexe: F

Nom : MALEK

DDN : 24/01/1979 E: 15/02/2021

Service : SOINS AMBULATOIRES (NA)



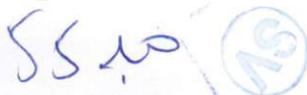
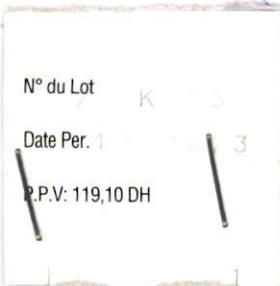
73DH80 x 2.



Dor lauf CP

1 cp Nahri et Soj

domin ent repas



21-

Ora prop

119,10

1 pulv

31'

Ruthiel nasal

ENROUEX®

Propolis - Vitamine C  
Eucalyptus - Echinacea - Gingembre

LOT 20261/FC12

Propriétés 09/2023 PPC 42,80

ENROUEX est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour la gorge et les voies respiratoires.

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 520 004 460 • Fax : +212 529 038 868 • www.pck.ma

Spéciale à usage de chaque  
cerrine pdt 14jrs)

41 - Ensuite  
42,80



4 CP x 30

5L

Ales-2 10ml

(2f)  
(1Adm)

12300

Apple Soir

387,6



Pharmacie JAWAD EL AMINE S.A.H  
Pr. A. JAWAD Amal  
Dpt et Chirurgie Corrige Faciale  
RC 325697 - Pdt 33977223  
Tél 0522705502 Fax 0522726502  
N° CSE 33977223

OROPOPOLIS



# OROPOPOLIS

SPRAY BUCCAL

Oral Spray

*Extrait Actif de Propolis*



6 749976 877431

Lot N° :

Per :

ppc :