

# 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.

## 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 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° P19- 053189

☐ Maladie ☒ Dentaire ☒ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société : RSM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : CEM ZAOU MA  
Date de naissance : 1946  
Adresse : SIDI AYDI BP 3032 LAPOSTOLLE MAY EL KHEIR  
Tél. : 06 77 15 30 74 Total des frais engagés : SE7727 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : AFFECTION LONGUE DUREE  
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) :

*(Signature)*



# 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
21/01/21	C5		200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SIDI ELAYDI N° 6 - Sidi El AYDI Tél : 0523 72 25 48	22/02/2021	438,70 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

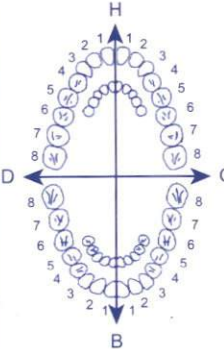
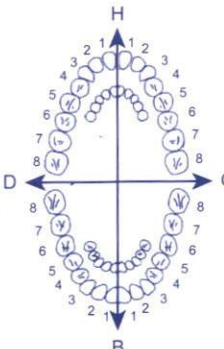
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Pharmacie SIDI ELAYDI N° 6 - Sidi El AYDI Tél : 0523 72 25 48	22/02/21					

# 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 canalaires, 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-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



**Docteur Soufiane BADRI**  
**CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE**

**الدكتور بدري سفيان**  
**أخصائي طب وجراحة العيون**

Pharmacie SIDI EL AYDI  
N° 6 Sidi EL AYDI  
Tel : 0523 72 25 48

22 février 2021

**Mr. LEMZAOUI MOHAMMED**

130,00  
44,40  
1/ HYFRESH COLLYRE

1 goutte 3 fois et à la demande, 6 Mois

2/ CELLUVISC COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, 6 Mois

3/ HYDRAMED NIGHT POMMADE

1 application le soir, 6 Mois

110,00  
46,20  
4/ DOXYMYCINE 100MG

1 comprimé par jour le soir, 6 Mois

5/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours puis attendre 12 jours.  
(refaire la procédure 3 mois de suite)

6/ BLEPHAGEL

1 application matin et soir, 2 Mois

44,10  
437,80  
7/ DEXAFREE COLLYRE

Le Matin, 21 jours

☎ 05 23 71 26 00 ☎ 07 67 224 295 ☎ dr.badri.soufiane@gmail.com

Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1, 1<sup>er</sup> étage - Settat

زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عمارة النول 1 الطابق الأول سطات

®  
دوکسی سیکلین

دو کسیتیکلین

ملغ 100

30 قرص

متحلا

لاپروفان  
LAPTOPHAN

دوکسی سیکلین



DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 110DH00

EXP 11/2022  
LOT 00024 2