

## 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.

### Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 047152

ND 878749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 375 Société : RAT

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rehaile

Nom & Prénom : RABAOVA ROSIPHA

Date de naissance : 1933

Adresse : HAY ENNOUR RUE 5 N°11 CASABLANCA

Tél : 06.69.89.01.55 Total des frais engagés : 1096,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07.07.2021

Nom et prénom du malade : ZITOUNI SAADIA Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + hypothyroïdie

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 : CASABLANCA Le : 20.07.2021

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
07/07/2024	consultation		300,00 HT	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/07/2024	796,20

# 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

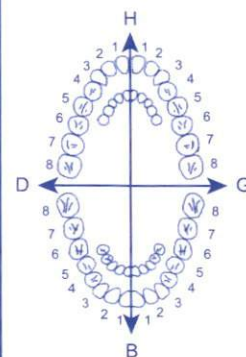
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

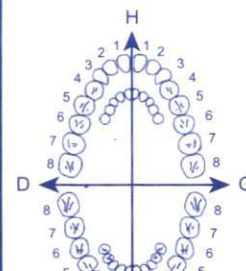


# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU G MASTICATOIR

H  
25533412 2143  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433555  
B

[Création, remont, adj  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessai



63,30

63

63,30

CO  
DES TRAVAUX

MONTA  
DES SO

DEBUT  
D'EXE

FPV 43  
PER 04  
LOT K1  
FPV 43  
PER 04  
LOT K1  
FPV 43  
PER 04  
LOT K1

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

63,30

63,30

63,30

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can

CO  
DES TRAVAUX

		H	
	25533412	2143	
	00000000	00000000	
D			
	00000000	00000000	
	35533411	114335	
		B	

**[Création, remont, adjoint]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire

28, 10

28,00

29.00

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**





Mme Zikani Saadia

ORDONNANCE

Date 07/07/2021

28,00x6  
traitement  
de  
03 mois

① Glucophage 1g

78,70

1cp x 2jr après  
déjeuner

78,70

② Diamicon 600g

78,70

1cp/jr avant petit déjeuner

③ Tritazide 10/12/1g

1cp/jr

④ Levotyro 600g

Signature

1cp 4jr 30 min avant petit déjeuner

⑤ Angiotensin



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342