

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions généralès :

- 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@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° W21-608602

ND  
78932

Achat lute

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1209

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Venue

Nom & Prénom :

DERKAOUI MALIKA

Date de naissance :

07/07/1955

Adresse :

Lot SNARA 01 B13 n 35 souffia CATA

Tél. : 0674261004

Total des frais engagés : 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 :



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) :



## RELEVE 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ST PHARMACIE HAMZA CASABLANCA Mr. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64 Tél: 0522 93 10 28	26/07/21	36,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right. A vertical line passes through the center of the arch, representing the midline. The teeth are numbered as follows: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 (the central incisor), 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The numbers 1 through 8 are placed on the upper teeth, and 1 through 8 are placed on the lower teeth, creating a symmetrical pattern.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA

Lotis. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Le 26/07/2021

Facture N° 30

Mme DERKADOU I  
MALIKA

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
01	Spafo lyo 80mg	19,53	19,53 SV
01	dermosal Crème	12,40	12,40 SV
<p>36,90</p>			

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA

Lotis. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



PPV : 19,50 CH 0  
AMM N° 127/15 DMP/21/NRC

6 118001 271092

LOT N2932

MFG 19-11-2020

EXP 11-2023

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants**  
Keep out of reach and sight of children



Tenir  
à température  
<+30°C

Do not store  
above +30°C



Tenir à l'abri  
de l'humidité

Store away  
from humidity

**Voie orale/Oral route**

Pour/For  
Acino France SAS  
76-78, Avenue du Midi  
63800 Cournon d'Auvergne  
France

Fabriqué par/  
Manufactured by  
Galen LPS  
22 rue Edmé Laborde  
58000 Nevers, France

7 640153 082824

LISTE 1 - Uniquement sur ordonnance

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Voie cutanée

**DerMOVAl 0,05 % CRÈME**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

**PPV: 17,40 DH**

6 ID:646945 118000 161295

EXP 01 2023

Lot 65207