

# 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.

## Educations :

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° M21- 068247

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1064 Société : 80606  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHBADA BELAID  
Date de naissance : 1947  
Adresse : HAY HASANY DERB EL HORIA IM16 N° 8  
Tél. : 06 65 742511 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) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient															
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>															
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>															
			<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>															
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		D 00000000	00000000		35533411	11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
		H	G															
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D 00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																
<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant le devis		<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant l'exécution																



P 17 / 0041730

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle
Nom & Prénom <u>CHBADA Belaid</u>			Signature de l'adhérent 
Fonction <u>retiré</u>		Phones <u>06 64 14 67</u>	
Mail <u>1064</u>			
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient _____			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <u>13.49</u>			Date _____
Nature de la maladie			Date 1ère visite _____
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>Ru: Ben</u>			
Nature des actes <u>C</u>			Nbre de Coefficient <u>1000</u>
Montant détaillé des honoraires <u>177.20</u>			Cachet du pharmacien 
<b>PHARMACIE</b> Date <u>14/6/2011</u>			
Montant de la facture <u>177.20</u>			
Hay Hassania, Casablanca Tél : 0522 89 86 98			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			Date _____
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			Date _____
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM IV	
			<b>CACHET</b>

Docteur Salmi EL Kharrazi Jalal

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

sidi EL KHadir, Rue 23 N° 48

Casablanca

Tél. (C) : 05 22 89 74 60

الدكتور السالمي الخرزجي جلال

الطب العام

الفحص بالصدى

سيدي الخدير زنقة 23 رقم 48

الدار البيضاء

الهاتف الميعاد : 05 22 89 74 60

ORDONNANCE

Casablanca, le 21/06/21 في الدار البيضاء،

CASABLANCA

65.6 ① Solu 100 65.6 ① Solu 100

45.6 ① 45.6 ①

10.10 ① 10.10 ①

57. ① 57. ①

Pharmacie du Marché  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél : 0522 89 86 98

DICYNONE 500 MG B20  
N° D'AMM : 41DMP/21/AO  
6 118000 010425

Dr. S. EL KHARAZI  
Médecine Générale  
Echographie  
Sidi El Khadir Rue 23 N° 48  
Casablanca  
Tél (C) : 05 22 89 74 60



**Composition :**

**Principes actifs :**

- Tanin à l'éther ..... 12,50 g
  - Extrait fluide d'hamamélis ..... 0,75 g
  - Phénazone (antipyrine) ..... 0,75 g
  - Excipients q.s.p ..... 100 g
- Excipients à effet notoire : lanoline, baume de pérou.

A.M.M. N° : 502

P.P.V. : 10,10 DH Tube de 25 g.

لا يترك في متناول الأطفال  
**Ne pas laisser à la portée des enfants**

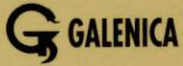
**Dr. Maria MAFTOUH**  
Pharmacien Responsable

مختبرات كآلينكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc



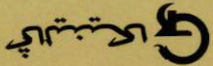
**pommade H.E.C.**  
hémostatique et cicatrisante

**Usage externe.**



الاستعمال الخارجي.  
بالطريقة الموضحة في النشرة.  
طريقة الاستعمال :  
التهابات سطحية الأوعية الدموية.  
الخراجات والخراجات الجلدية السطحية، الالتهابات،  
الاستعدادات

Indications :  
Plaques et ulcérations cutanéo-muqueuses superficielles.  
Rhinites ulcéro-hémorragiques.  
Epistaxis.  
En applications locales directes ou imprégnation  
de mèches, conformément à la prescription  
médicale.



استعمال خارجي.



أشياء أخرى  
مكثف اللزج، واللانسان