

# 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.

## Education :

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 :

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  
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 personnelles.

S : 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

Nº M21- 066960

83696

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2135 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Ned RE GAGIE -

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : LAMRABTI Yamma .. Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

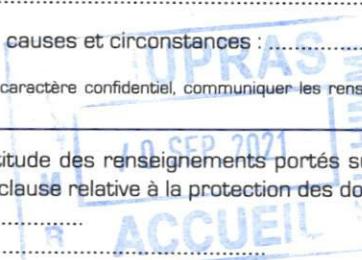
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-66960

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

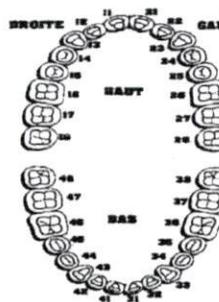
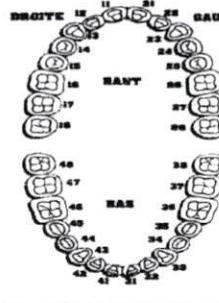
Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Début d'exécution</b>
					<b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		<b>Montant des soins</b>
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					



W18-141730

DATE DE DEPOT

08/09/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2135

Nom & Prénom MOHAMMED RGUIEGU

Fonction : Retraité Phone : 0536501309

Mail HAY EL ABBADIA 10 S. Rue. M<sup>me</sup> BOUTHLALI M<sup>me</sup> 82 OUTA Z.

MEDECIN Prénom du patient AMBRABTI YAMINA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 1956

Date 15/08/21

Nature de la maladie

Date 1ère visite

réjectus ORL.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Non

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

CS	1	Gratuit
----	---	---------

PHARMACIE Date 15/08/2021

Montant de la facture

316.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

INPE : 082005455

SEP. 2021

ACCUEIL

**Dr. OURYEMCHI Abdelkrim**

Medecine Générale  
Echographie

Lauréat CHU de Rabat  
diplômé en Diabétologie  
et Echographie de  
l'Université montpellier en france



**الدكتور عريمشي محمد الكريمة**

الطب العام  
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط  
حاصل على دبلوم السكري  
و الفحص بالصدى  
من جامعة مونبلييه بفرنسا

Oujda le /15/10/21/ وحدة في :

Mme LAMRABTI Yamina

64.90

- Dantomycin 3M

١٨٤٥٠ ١٤٧ × ٢٦

- Neoclav 1g ١٦٩

٨٣٠٠ ١٥٧ × ٢٦

- Docinox Spray

٣ × ١٧

٦٣٠٠ - Daktarin gel buccal

٧٨٧ ٢٤٦

٢١٣١٦.٩٥

طبيب عام خريج كلية الطب الرباط  
دبلوم الكريمي و الفحص بالصدى  
من جامعة مونبلييه ولدي فرنسا  
زنقة الزهراوي طريق سيدى يحيى  
النهاية : ٠٥ ٣٦ ٥٠ ٣٧ ٥٥

Tél : 05 36 50 37 09

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous OUJDA  
العنوان : 2، زنقة محمد زغراوي، طريق سيدى يحيى (قابلة مقهى المنار) حي الأندلس، وجدة



Laboratoires Pharmaceutique  
Responsable

Maphar  
Bd. Aklima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH



6 118001 180745

LOT : 6766  
UT. AV: 01 - 24  
P.P.V: 64 DH90

Dontomycine 3 MUI  
boîte de 10 comprimés



6 118000 091226

LOT : 8648  
PER : 02-22  
P.P.V : 116DH00

Uniquement sur ordonnance. Liste I

NEOCLAV 1g/125mg  
Boîte de 16 sachets



6 118000 310594