

# 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.

## Educational :

- 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.

## Maladie :

- 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)



86259

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020515

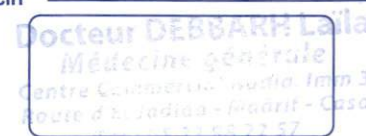
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5204 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BERRADA NAÏMA Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0661 46 28 64 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/8/21  
Nom et prénom du malade : Berrada Naïma Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA - Diabète  
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) : ACCUEL



# 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
24/8/21	C		150,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Afak Beni Melloul - Casablanca Boite Postale N° 74 Tél: 05 22 62 83 70	24.8.2021	1681,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

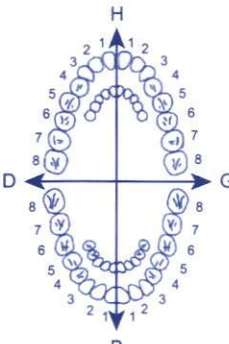
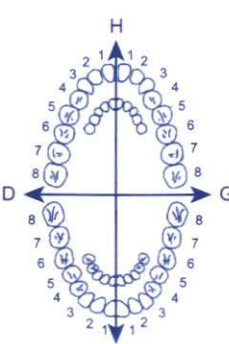
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DEBBARH Laïla

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3  
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)  
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

الدكتورة الدباغ ليل  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالمغرب  
الطب العام

إقامة ناديا - مركز التجاري - عمارة 3  
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)  
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le 24/8/21

Berrada Naïma

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

ZENITH Pharma

AMN N° 17116 DMP/21/NNPR

6 118011 272228

PPV : 20,90 DH

Atacand 16

1 cp/j x 3 mois

Nebilet 5

1/2 cp midi x 3 mois

Amlor 5/10

1 cp le soir x 3

Cardio Aspirine

1 cp/j x 3

Celucophage 1000

2 cp/j x 3 mois

Vitamine D3 B

1 amp/j

168,50 x 3 = 506,50

37,50 x 2 = 75,00

246,50 x 3 = 739,50

27,70 x 3 = 83,10

28,00 x 6 = 168,00

20,90

total = 1681,50



Ne pas utilisé c'est ouvert

PPV: 246  
EXP: 09/2022  
LOT: DW1150

Ne pas utilisé c'est ouvert

PPV: 246  
EXP: 09/2022  
LOT: DW1150

Ne pas utilisé c'est ouvert

PPV: 246  
EXP: 09/2022  
LOT: DW1150

SYNTHEMEDIC

22 rue soubteir bnou al aniam roches  
noires casablanca

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

40/16DMP/21NRQ P.P.V: 165,50 DH

6 118001 020546

SYNTHEMEDIC

22 rue soubteir bnou al aniam roches  
noires casablanca

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

40/16DMP/21NRQ P.P.V: 165,50 DH

6 118001 020546

SYNTHEMEDIC

22 rue soubteir bnou al aniam roches  
noires casablanca

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

40/16DMP/21NRQ P.P.V: 165,50 DH

6 118001 020546

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

☐ **valable 3 mois**

Le 24 / 8 / 2021

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Berrada Naïma</u>	
Présente	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>3 mois renouvelable</u> <u>Atacand 16, Nebilet, amlor 5/10, Cardio Aspirin</u> <u>Calciphrage 1000</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u>24/8/21</u>	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage, Casablanca

  
Pharmacie Ajak  
Benlami Nassim  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 05 22 62 83 79