

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

## Informations 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.

## 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
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° P19-0030378

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

86283

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03045

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KAMALI ALI

Date de naissance :

01/11/1960

Adresse :

7 RUE GEORGES SAND MAARIF CAST

Tél. : 0661337762

Total des frais engagés : 1170,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/09/21

Nom et prénom du malade : Kamali ali

Lien de parenté :

Lui-même

Age : 61

Enfant

Nature de la maladie : 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 : Casablanca

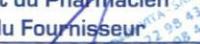
Le : 20/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/09/2017			gratuit	HALFI CHAIMAA Médecin interne Hôpital Madine EL JADIDA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/2011	117000

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

VISÉ ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

case..... le 20/09/2011

Dr KANAKI AW

39000

X3

Galves fet 50mg/1000mg

Step x 2/j

(3 bailes)

1170,00



KHALFICHAIMAA  
Médecin interne  
Hospital Meo y LL JADIDA

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants  
Ne pas conserver au-dessus de 30°C  
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 850 mg  
de chlorhydrate de metformine.

### RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بمحض وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فيلدagliptine و 850 ملг من ميتformin هيدروكلوريد  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants  
Ne pas conserver au-dessus de 30°C  
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 850 mg  
de chlorhydrate de metformine.

### RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بمحض وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فيلدagliptine و 850 ملг من ميتformin هيدروكلوريد  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants  
Ne pas conserver au-dessus de 30°C  
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 850 mg  
de chlorhydrate de metformine.

**RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES**

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بمحض وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلاغليپتين و 850 ملг من ميتفورمين هيدروكلوريد  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

