

# 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.

### 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 042676

Maladie  Dentaire  Optique  Autres **86349**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **ANOUAR 4296** Société : **RAM**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : **ANOUAR**  
Date de naissance : **16-8-756**  
Adresse : **99 Rue 2 rose Hay**  
Tél. : **05 22 20 45 45** Total des frais engagés : **0000** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07 OCT 2021**  
Nom et prénom du malade : **A. Anouar** Age : **66 ans**  
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 : **07 OCT 2021**  
Signature de l'adhérent(e) : **...**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

**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
07 OCT 2021		1	150,00	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/2021	600,00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

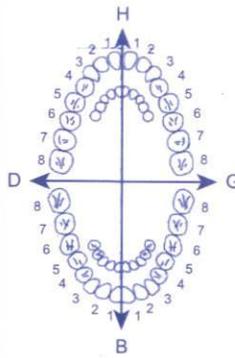
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

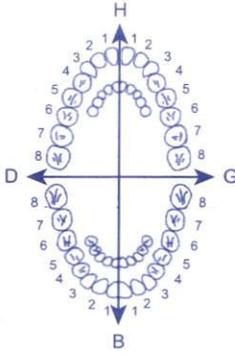
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salmi El Khazraji Jalal

الدكتور السالمي الخزرجي جلال

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

sidi El Khadir, Rue 23 N° 48

Casablanca

Tél. (C) : 05 22 89 74 60

الطب العام

الضحص بالصدى

سيدي الخديزرنة 23 رقم 48

الدار البيضاء

الهاتف الميعاد : 05 22 89 74 60

Pharmacie NOUR  
KABBAJ Soumia

10 B, Angle Bd. Yacoub El Mansour  
et Sidi Abderrahman - Casablanca  
0522 36 89 11

ORDONNANCE

Casablanca, le

07 OCT 2021

الدار البيضاء, في

ANOUAR Johnson

239,00

ANOUAR Johnson

126,30

ANOUAR Johnson

99,20

49,60 x2

D. Am...

37,10

99,10

600,60

99,10

Pharmacie NOUR  
KABBAJ Soumia  
10 B, Angle Bd. Yacoub El Mansour  
et Sidi Abderrahman - Casablanca  
Tél: 0522 36 89 11

Jalofi-aventis Maroc  
Rue de Rabat-R.P.1  
Ain saba Casablanca  
Co-astrovel 300mg/12,5mg  
B28

P.P.V : 239,00 DH

LOT: 118001 081035

PPV: 126,30 DH  
LOT: 645500  
PER: 05/22

PPV: 49,60 DH  
LOT: 18409/B  
EXP: 08/2021

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21104  
EXP: 02/2024

PERIDYS 1MG/ML  
SUSP BUV F200ML  
P.P.V : 37DH10  
LOT: 201159  
EXP: 04/2023  
PPV: 99.00DH

Dr. Salmi El Khazraji Jalal  
Medicine Gen.  
Echographie  
Sidi El Khadir, Rue 23 N° 48  
Casablanca  
(C) 05 22 89 74 60