

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 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° P19-0036856

34338

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

MUPRAS  
RECEPTION 9

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 1833 ..... Société : ..... R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
Nom & Prénom : ..... ERRAHMOUMI ALLAL .....  
Date de naissance : ..... 1950 .....  
Adresse : ..... Bloc 9 N° 9 DEROUA .....  
Tél. : ..... 0693525741 ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : .....  
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 : ..... DEROUA ..... Le : 30/11/2021  
Signature de l'adhérent(e) : 

### 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
04/11/21		ca	général	
4.11.21		cs	général	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/21	
	04/11/21	592,30

### 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 nature des soins traités, 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

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	Coefficient DES TRAVAUX
	<input type="text"/>
	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

Date : 06 / 11 / 2021

# Ordonnance

ERRAHMouni Allal

92,=

X 1/ Oeds 20y x 1y.

13950x0c

2/ Modem 2cp x 6y. 2em

11330

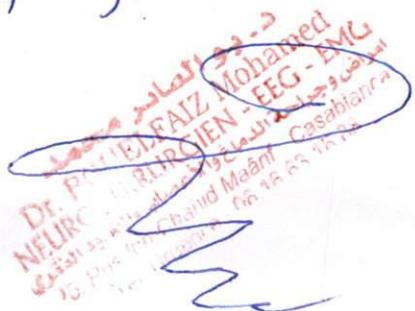
3/ depu hri dno 100y

345 (13/11/2021)

1 - 0 - 2cp 03em

126,=

X 3/ Alecto 10y 4p x 1y. 03em



OEDES 20mg   
28 gélules



6 118001 100088

LOT 200711  
EXP 01/2023  
PPV 99.00DH

MODINE 30 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 070634

LOT 187138  
EXP 06/22  
PPV 130DH50

MODINE 30 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 070634

LOT 187138  
EXP 06/22  
PPV 130DH50

Sandoz-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaa Casablanca  
Dep ailine chrono 500mg  
cp pel b30  
P.P.V. : 113,30 DH  
6 118001 081073

Boite de 28 Comprimés  
CILENTRA 10 mg   
pelliculés sécables



6 118001 150050



Medic

Date : 04/11/2021

# Ordonnance

M<sup>r</sup> ERRAHMOUJ: ALLAL

92,00  
X Coversyl 5mgcp/;

AS

PHARMACIE BEN CHADLI S.A.R.L.A.U Tél: 05225332858  
210 LOT EL WADIA DEBOUA

INTERNATIONAL clinic  
Dr. ERRAHMOUJ  
Anesthésiste

92,00  
**COVERSYL**  
Pirindopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables 5 mg  
6 118000 100294