

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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 chronique :

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 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- 0036330

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1049 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim  
Date de naissance : 01/01/1949  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 0689629854 Total des frais engagés : 98,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 25/12/2021  
Nom et prénom du malade : Zannit Fatima Age : 041091018  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Mafine  
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) :



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/12/21        | C                 |                       | cont 100                        | Dr. LAKHNAI Abdelhak<br>Médecin Généraliste<br>Av. Hassan II, Aoulouz - Taroudant<br>Gsm : 05 76 76 10 28 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE HOSPITAL<br>Dr. LOUEI A. Aouf<br>N° 01/2011<br>Province TAROUJANT<br>Tel : 05 35 35 53 02 20 | 25/12/21 | 98,50                 |

042031864

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

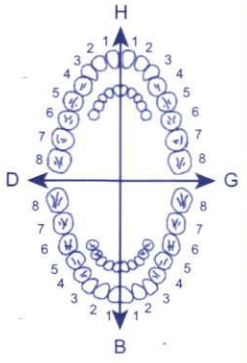
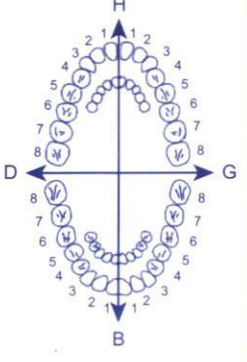
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| 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>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  | H                   | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|   | H  | H                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|   | D  | G                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|   | B  | B                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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'EX

Docteur LAKHNATI Abdelfattah

Médecine Générale  
DU d'échographie générale  
DU de diabetologie



الدكتور لخناتي عبد الفتاح

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
دبلوم داء السكري

Aoulouz , Le : 25 DEC. 2021 : أولوز ، في

Zanit Fatma



Dolipine 1g



0 - 0 - 2

1400 x 2

Belmagol 20



4900

1 - 0 - 0

3) Migralgine



2000

0 - 1 - 0

06/50

Dr. LAKHNATI Abdelfattah  
Méd. Gén. Générale  
Av. Hassan II, Aoulouz - Taroudant  
Gsm : 06 76 76 10 28

شارع الحسن الثاني أولوز - تارودانت . Avenue Hassan II Aoulouz - Taroudant

Tel : 06 76 76 10 28

49,00

BELMAZOL® 20 mg ○

14 gélules



6 118000 070122

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K2123

Doliprane® 1000 mg ○

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

PPV 21DH50  
PER 01/23  
LOT K114

MIGRAGINE®  
18 GÉLULES



6 118000 040538

PPV: 14DH00

PER: 06/24

LOT: K1814



6 118000 040972