

# 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.

## Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 074812

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10024 Société : R.A.M. 101170

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENOVAR MOHAMED

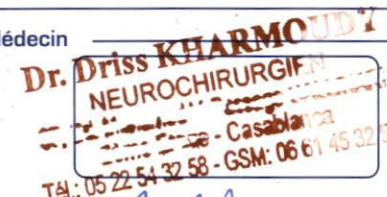
Date de naissance : 03/10/1969

Adresse : 72, Cpt MAZOLA, Rue 1, HAY HASSANI - CASA

Tél. : 0626090200 Total des frais engagés : 300 + 512,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/2022

Nom et prénom du malade : ACHAGNE ASSIA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie chronique

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 : 14/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-74812

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10024

Nom de l'adhérent(e) : BENOVAR M. ASSIA

Total des frais engagés : 300 + 512,50

Date de dépôt :



# 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
14-01-22	G		3027	Dr. Driss KHAMMAM NEUROCHIRURGE Casablanca Tél: 06 22 84 32 58 - GSM: 06 61 25 29 78

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TIR Abdelaziz Pharmacie POLYCLINIQUE 58, Route Mly Thami Hay Hassan Tél: 0522 90 21 67 Casa	10-1-22	51250

# 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	

VOLET ADHERENT

51847

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, 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																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique C.I.L.

**Dr. Driss KHARMOUDY**  
NEUROCHIRURGE  
Casablanca  
Tél: 05 22 54 32 88 GSM: 06 61 43 32 79

Le 14/01/22

7m

ASSI 14.

ACHA YNE

240.00

- Seroplar 10mg

101 (le 30/1)

1 y / 1 Rat

104.80

+

Noo hope 101

4 ml x 2

99.00

Ramp 30 y

1 y / 1

38.70

Calafon et 29 101 16 1

512.50

1 y / 1 16 u

**PHARMACIE POLYCLINIQUE**  
Dr. TIR Abdelaziz  
Route Mly Thami Hay Hassan  
Tél: 05 22 90 21 67 Casablanca

**Dr. Driss KHARMOUDY**  
NEUROCHIRURGE  
Casablanca  
Tél: 05 22 54 32 88 GSM: 06 61 43 32 79

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V : 240,00 DH



laboratoires  
napole Suc

orté par P  
de la Résis

PRODUCTIONS

FMM73 0224

LOT

PER IOC

Prix

99,00

99,00

FMM73  
2024-02

Poids net  
71,3 g

12 W Ref: 990510 ETUIM988

ent au ministère de la santé : رقم من وزارة الصحة رقم :  
20200402055DMP/20UCA/MAv4



PPV 38DH70  
EXP 10/2024  
LOT 18008

**Calcibronat® 2 g**

20 COMPRIMES  
EFFERVESCENTS



LOT 212255  
EXP 09 2025  
PPV 134.80