

# 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.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données actière 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



## Maladie

## Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMILOU BEN JAHID

Date de naissance : 18.5.2

Adresse : Lot EL MAFIA H 30 D 2004

Tél. : 06.63.23.93.84 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : DE RAYA Le 25/01/2022

Signature de l'adhérent(e) : Hamidou



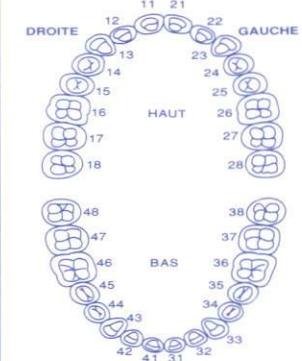
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient

### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

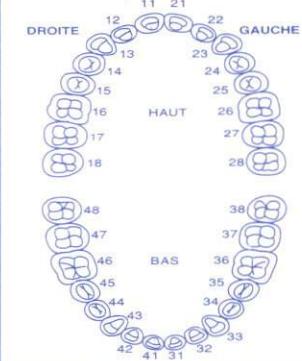
### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient  
masticatoire

	H	G
D	25533412 00000000	21433552 00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Signature du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° **P 17 / 0066845**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



**P 17 / 0066845**

**DATE DE DEPOT**

1 / 201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1790

Nom & Prénom HAMILOU BENDAOUD

Fonction RETRÉTE Phone 0663939394

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient HAMILOU ZAKIA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 1963

Date 26/11/21

Date 1ère visite

J'abrite à GétricapéRé

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

C.		300 DH
----	--	--------

## PHARMACIE

Date 26/11/21

Montant de la facture

PHARMACIE EL OMOUMA  
244 lotissement  
Fix 207750

Dr. N. ALLA EL GHORFI Fatima  
Spécialiste en endocrinologie  
et diabétologie, 244 lotissement  
Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121  
in Chock, Casablanca - Tel. 0522 870 890

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Date 54

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

				2377,50
--	--	--	--	---------

PHARMACIE EL OMOUMA  
244 lotissement  
Fix : 05.22.53.2054

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le .....

26 / 11 / 21

الدار البيضاء في

Mme HAMILOU ZAKIA

REGIME SANS SUCRE

ODIA 2

1 comprimé

le matin

JANUMET 50/850

1 comprimé

midi et soir

LEVOTHYROX 100

1 comprimé

le matin

LEVOTHYROX 25

1/2 comprimé

le matin

TRAITEMENT DE 3 MOIS

BANDLETTE A GLYCEMIE CONTOUR PLUS 1 BOITE

Doctor BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Choc, Casablanca - Tél : 0522 870 890

TSVP

u9.08 X2

D CURE FORTE

1 ampoule



1 fois par 15 J / 2 mois

1 ampoule

1 fois par mois/ 2 MOIS

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 890

PHARMACIE EL OUMOUMA

244 lotissement el yacaa

209778054

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

LOT 211878 2  
EXP 07 2024  
PPV 78.70 DH

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21H23  
EXP: 08/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21H23  
EXP: 08/2024

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 267/19/DMP/21/NRQ  
P.P.V: 428,00 DH.

LOT 211878 1  
EXP 07 2024  
PPV 40.00 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

# PHARMACIE EL OUMOUMA

Dr Rouba Essoubi

0522532054

244 Lotissement el wafaa, Deroua

Facture N° FAC-2165

Date : 13/12/2021

Produit	Qté	P.U	Total
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	01	75.00	75.00

**Total : 75.00 DHS**