

# 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 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- 0056613

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

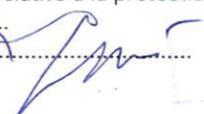
### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : Hourri Abderrahmane 103809  
Date de naissance : 01/01/1946  
Adresse : 90, Residna Nour Amira  
my Allah / EL Jadhida  
Tél. : 0672831137 Total des frais engagés : 72,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Razaane Aïcho Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Maladie 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 : EL Jadhida Le : 15/01/2022  
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/01/2022	72,8

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

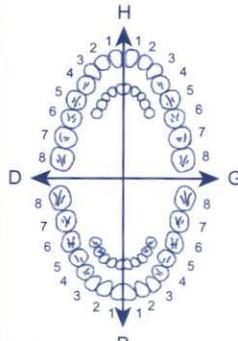
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

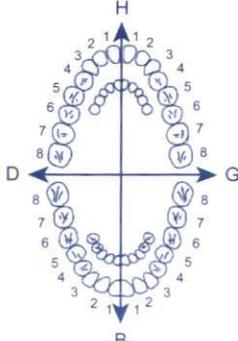
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	G		
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000	G	
	35533411	11433553		
	B			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**AMRANI MOHCINE**

Docteur en Pharmacie

65, Lot EL KAMAL SIDI BOUZID - Tél. : 0523 34 86 75 - GSM : 0678 10 40 27

E-mail : haciendaamrani@gmail.com - Patente 42160328 - RC : 17634

RHAZLANE AICHA

**FACTURE**

El Jadida, le 14/01/2022

MEDICAMENTS	Qté	P.U	P.Total
met + formis un box	07	10,40	72,80
<p>METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 LOT : 20E012 PER : 05 2023</p> <p>METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 LOT : 20E022 PER : 11 2023</p> <p>METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 LOT : 20E016 PER : 07 2023</p>	<p>METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 LOT : 20E009 PER : 02 2023</p> <p>METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 LOT : 20E013 PER : 05 2023</p>	<p>METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 118000 062127</p> <p>METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 118000 062127</p>	

Arrêtée la présente facture à la somme de : 72,80