

# 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.

## adiologie 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.

## 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

106051

## Déclaration de Maladie : № P19- 0008710

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 091001 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELMONDJI Date de naissance :

Adresse : MOHAMMED

Tél. : 0661336979 Total des frais engagés : Dhs

### 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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie № P19- 0008710

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

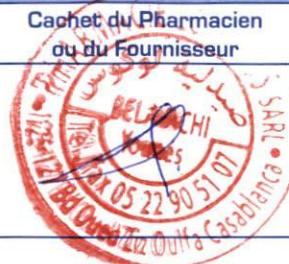
Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### RELEVE 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
10/01/2022				<i>C</i>
				<i>CHP ALHASSANI - Casablanca Chirurgien Dentiste AFET Abdellatif</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

10/01/2022 11146+20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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

### RELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

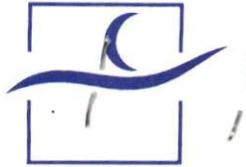
**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

El Nidem

Nihay

## Ordonnance

Casablanca, 10/01/2002

- g g
- Ader 20 mg. Acplij
  - + Aven 308 mg. x 100 mg.
  - 20.10 Acplij
  - Decadren 0,1 mg 3cp/j
  - 180 x 2 Levonox 0,1
  - Linj ej pd. 10jrs
  - 2 1,80 x 2 Aspegic
  - 2 25 2 sachet/j
  - Pulmicoft 0,1 mg
  - 2,9,602 inhalation/j
  - 10 - cure. Forte.
  - 40,301 amp/j semaine
  - Zinaskin 2cp/j.
  - Vit C. 1000 Acplij



PPV 40DH90

EXP 07/2023  
LOT 06074 7

PPV:49,60 DH  
LOT: 24116  
EXP: 09/2024

LOT 191738  
EXP 07/2022  
PPV 99,00 DH

LOT: M0057  
EXP: MAR 2022  
PPV: 308,00 DH

LOT 201996  
EXP 09/2023  
PPV 20,10

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1:  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 2000U ANTI-XA/0,2ML SER B6  
P.P.V.: 180DH00  
  
18001 080489

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1:  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 2000U ANTI-XA/0,2ML SER B6  
P.P.V.: 180DH00  
  
6 118001 080489

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
LOT : 20E006  
PER.:06 2021  
P.P.V.: 210H80  
  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
LOT : 20E009  
PER.:05 2022  
P.P.V.: 210H80  
  
6 118000 061113

Mapha  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaâ Casablanca  
Pulmicort 0,5mg/2ml  
susp b20  
P.P.V.: 225,00 DH  
  
6 118001 184934