

# 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.

## Diagnostic 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0003229

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 004211 Société : 108094  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Mme BOURZIDI Fatma  
Date de naissance : 01/01/1940  
Adresse : Yasmine I Rue 2 N°51 Ain chok Casa  
Tél. : 05 22 50 17 23 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-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

4/3/22

599,40

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

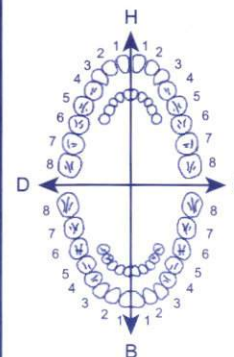
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

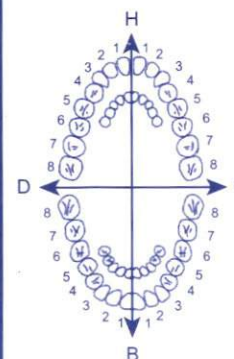
Coefficient des Travaux

Montants des Soins

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

Date du devis

Date de l'exécution



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL OSRA

LAHRICHI Abdellatif

52-54, Bd. Amgala Hay Yasmina 1

Al Inara - Ain Chok - Casablanca

Tél. : 21.71.92



صيدلية الأسرة

لحريشي عبد اللطيف

52-54 شارع امكالة حي ياسمينه 1

الانارة - عين الشق - البيضاء

الهاتف : 21.71.92

FACTURE

N° 001784

Casablanca le

4/3/92

M

compte

BONZON FATMA

| Quantité   | DESIGNATION       | P. U.  | TOTAL  |
|--|-------------------|--------|--------|
| 4  | Glycose 850/60    | 38,10  | 152,40 |
| 5  | Glycose 2 g       | 40,00  | 200,00 |
| 5  | Levetiracetam 100 | 24,40  | 122,00 |
| 1  | Co-Anginob 50/100 | 125,00 | 125,00 |
| Arrêtée la présente facture<br>à la somme de six cent Trente<br>Sept DHs est 50 45   |                   |        |        |
| Pharmacie AL OSRA<br>LAHRICHI Abdellatif<br>52-54, Bd. Amgala Hay Yasmina 1<br>Al Inara - Ain Chok - Casablanca<br>Tél. : 05 22 21 71 92 |                   |        | 599,40 |

lformine chlorhydrate

**LYCAN<sup>®</sup>**

PPV 38.10 DH  
LOT C666 PER 06/24

ormine chlorhyd ate

0 comprimés enrobés dos

comprimés enrobés dosé

lformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT C666 PER 06/24

comprimés enrobés dos

**LYCAN<sup>®</sup>**

ormine chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT C600 PER 06/24

PPV 40DH00  
PER 06/23  
LOT K1767

PPV 40DH00  
PER 06/23  
LOT K1767

49.00  
PPV 40DH00  
PER 06/23  
LOT K1767

PPV 40DH00  
PER 06/23  
LOT K1767

PPV 40DH00  
PER 06/23  
LOT K1629



6 118001 102020

Levothyrox<sup>®</sup> 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



6 118001 102020

Levothyrox<sup>®</sup> 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



6 118001 102020

Levothyrox<sup>®</sup> 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



6 118001 102020

Levothyrox<sup>®</sup> 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



6 118001 102020

Levothyrox<sup>®</sup> 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

