

# 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.

## Radiologie 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 080343

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5985 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NOUHAIJIR SAID  
 Date de naissance :  
 Adresse : habituelle  
 Tél. : habituel Total des frais engagés : 373,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/05/2022  
 Nom et prénom du malade : Mouhadjir Mohamed Age : 14ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection dermatologique  
 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 : 06/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles


- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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



# 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
21/05/2022	C <sub>2</sub>	C <sub>2</sub>	300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.05.2022	73 40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

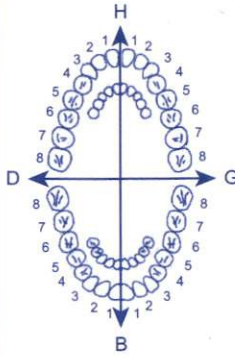
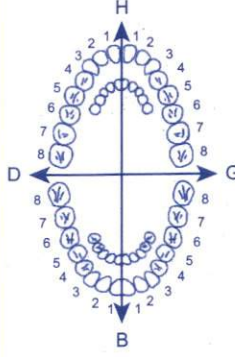
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'ODF.

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



21/05/2022

Dr. S. HANNOUNE CHAOU  
Dermatologue  
408, Bd Zerkouni Bourgoigne  
Tél: +212 661 34 64 35 / +212 522 26 35 36

Mr. MOUHTJIR MOHAMMED

PHARMACIE EL MAJAR  
CASAS S.A.R.L. A.U.  
48, Avenue Mehdi El In Berka Bourgoigne  
Tél: +212 661 34 64 35 / +212 522 26 35 36

1) Borederm a la vene  
1 pp x 2 j x 1 mois  
73.40

2) Ertus p  
1 pp 1 fois x 1 mois

3) Gel surpres Xémoxe  
1 pp 1 j

4) Dercos shampooing anti-pelliculaire  
DS  
1 pp x 2-3 fois par semaine  
(x 3mn puis rincer)

S/ EMULKERA

Codexial

1 app 1j sur les bras

L. S. HANNOUNE Ep CHAOUI  
Dermatologue

408, Bd Zerkouni 91803 Bône

Tél: 05 26 35 36 / 06 61 34 64 35

## MONOUAF SARL

ICE : 001444600000082

05.22.47.01.48/20.83.87

28/05/2022 12:46:44

N°Ticket :PV1-20220113251

Caissier : AMAL

Caisse : PV 1

KARMOUCHI

Vendeur : OR NISSERINE BOUAMRI

Qté	Article	P.U	R%	Montant
1,00	URIAGE BARIEDERM CICA CREME 40ML	155,00	36,00	99,20
1,00	CODEXIAL EMULKIRA CANULE 75ML	252,00	33,33	163,01
1,00	URIAGE XEMOSE SYNDET 200ML	195,00	34,00	128,70

**Total Qté:** 3,00

**Total :** 395,91

**ESPECE** 395,91

**Montant Reçu** 400,00

**Rendu Monnaie** 4,09

VEUILLEZ BIEN VERIFIER VOTRE TICKET

TicketMONOUAF

MERCI DE VOTRE VISITE