

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



## Déclaration de Maladie

MUPRAS N° M21- 0060675  
RECEPTION 9 121850  
 Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : SAHMAWI ABDELKRIM  
Date de naissance : 22-06-1955  
Adresse : 444 ONAZ DEROUA  
Tél. : 0663214804 Total des frais engagés : 150 + 150 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 20/04/2022  
Nom et prénom du malade : SAHINTOUI ABDELKRIM Age: 67ans  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Suivi DT2, HTA  
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 : DEROUA Le : 07/07/2022  
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
30/04/22		1	15000	
30 MAI 2022				

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/05/22	151000

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

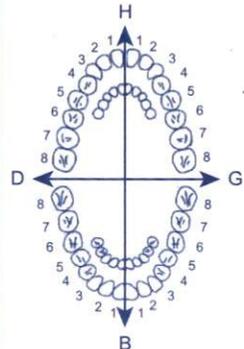
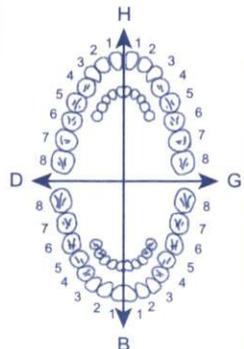
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

Veillez 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"/>																	
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

**Dr. Sanaa MHARZI**



**الدكتورة سناء امحرزي**

Médecine Générale  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

الطب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي في أمراض السكري  
دبلوم جامعي في التغذية و أمراض الأيض  
متابعة الحمل  
الفحص بالصدى

Diplôme Universitaire en Diabétologie  
Diplôme Universitaire de Nutrition  
et Thérapeutiques Métaboliques  
Suivi de Grossesse  
ECHOGRAPHIE

Date : ..... 30. MAR. 2022

ME SAHMAOUI Abdelkrim

563,00

10/ Forxip 10 mg

99,00

1 fl

le matin

2 x 109,00

Juraton

1 sup

70,00 x 9

8/ Baudellets Rycéni

3 mes

15 x 3ms

1510,00

**Dr. Sanaa MHARZI**  
Médecin Généraliste

Imm B9 N°2 Jnane Deroua Saada  
Tél : 05 22 51 46 49

عمارة B9 الشقة رقم 2 جان الدروة دار السعادة الدروة.

Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.

Tél. : 05 22 51 46 49

EN For 1 vial of 10 ml

SE 21101 0224 s  
 TE LOT PER 10  
 AR Prix 109.00  
 uc  
 le  
 er of fruit juice, take 1 vial 2  
 ferably in the morning, for 20 days  
 ing times of stress or for 10 days to stay  
 Concoction au 10  
 Concoction d'utilisation  
 Diluer le contenu de l'ampou  
 avec de l'eau ou de jus de fruits.

JO  
 Ur  
 l'a  
 Te  
 dé  
 an  
 all

20542 1123  
 LOT PER 15  
 Prix 99.00

GINSENG 21560 1024  
 MATE ext LOT PER  
 GUARAN Prix 109.00  
 Instructions  
 Dilute th  
 water or fruit juice, take

Mapnar N. 6. 01  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 For: 10 mg cp pill b28  
 P.M.V. : 565.00 DH  
 6 118001 185023



# BIONINE

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19



212132206



GS300

# BIONINE

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19



212132206



**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)



**GS300**

Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19



212132206



**GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)



Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19

LOT

212132206



**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)



**GS300**

Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19



212132206



**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)



**GS300**

Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19

LOT

212132206



**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)



**GS300**

Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19



212132206



**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)



**GS300**

Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19



212132206



**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)



**GS300**

Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip



2023-02-19

LOT

212132206



**BIONINE**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)



**GS300**

Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**