

# 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° P19- 0041228

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : RAM 122848  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETR  
 Nom & Prénom : AFKIR Lakcen  
 Date de naissance : 01-01-1979  
 Adresse :  
 Tél. : 0666388028 Total des frais engagés : 2046,90 + 300

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2022  
 Nom et prénom du malade : BAMOHA MED HLIMA Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : Le : 14/07/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## 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



### 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
15/06/22	g + E g		300.00	

**Dr. KHALID ADRIAN**  
CARDIOLOGUE  
254 AV MED BOUZIANE SALAMA III  
SID EL OTMANE - CASABLANCA  
TEL : 022 55 41 08

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

15/6/22

2046,90

### 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

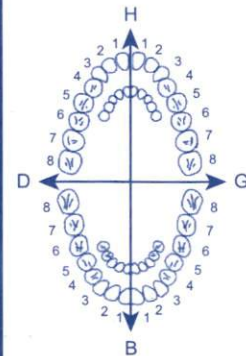
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

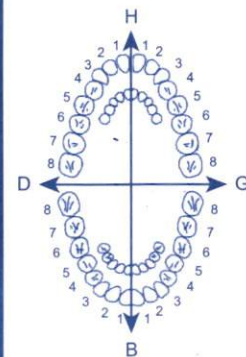
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ADNAN Khalid

Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage  
Salama III Sidi Othmane  
20670

Tel.: 05 22 55 41 08

Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp

Fax: 05 22 55 41 12

Email: kha\_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 15/06/2022

Mme Hlima BAMOHAMED

63 ans

30,70 x 2

1) KARDEGIC 75 MG BOITE 30 SACHETS

Prendre 1 sachet à midi, après le repas, pendant 3 mois

2) VARTEX 80 MG CP

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 6 mois

3) DEROXAT Comprime Pellicule à 20 mg Bte 14 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 6 mois

4) CARDINOR Comprime à 6,25 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 6 mois

5) LEVOTHYROX Comprime à 50 pg Bte 28 Comprime

Prendre 1 et 1/2 comprimé le matin, avant le repas ttt 6 mois

5 spécialité(s) prescrite(s)

Dr. ADNAN Khalid

صيدلية الشاهدا  
PHARMACIE CHEUHADA  
Distr. L. 111/017  
Pharmacies Spécialisées au Nord de Paris  
253, Av. du Général de Gaulle - Casa 04  
Tel: 05 22 37 24 11 Fax: 05 22 38 63 52

Dr Khalid ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 Av. Mohamed Bouziane Salama IV  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tel: 05 22 55 41 08



LOT : 21E006  
PER: 12 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 21E010  
PER: 05 2023  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

LOT : 211116  
EXP : 07/2024  
PPV : 47,00 DH

LOT : 210412  
UT AV : 03/2024  
PPV : 47,00DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 647669  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 648336  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 648399  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 647543  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 646699  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 647617  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 648399  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 647543  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 647617  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 647617  
6 118001 140237

LOT 210905 2  
EXP 04 2024  
PPV 131.50 DH

LOT 211752  
EXP 07 2024  
PPV 131.50 DH

LOT 211752  
EXP 07 2024  
PPV 131.50 DH

LOT 211752  
EXP 07 2024  
PPV 131.50 DH

LOT 211752  
EXP 07 2024  
PPV 131.50 DH

LOT 213257 1  
EXP 12 2024  
PPV 131.50 DH

LOT 213124 2  
EXP 12 2024  
PPV 131.50 DH