

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alal 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° W21-704747

125264

*Don*  
*Chenou*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2563 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AHMED CHENAOUNI

Date de naissance : 30-06-1946

Adresse : N° 161, BORDJ 1 - ESSADOUIRA

Tél. : 0611 77109 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 N° W21-704747

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 :



# 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
17/05/22	Consultation			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LA MOSQUEE Nadia BOUANI D. M. Pharmacie 05 24 78 46 50 243 AV. DE LA LIBERTE	17/05/22	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/05/22	2	Adapteur

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la production des justificatifs exigés par

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

**pulmofluide®**  
simple

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

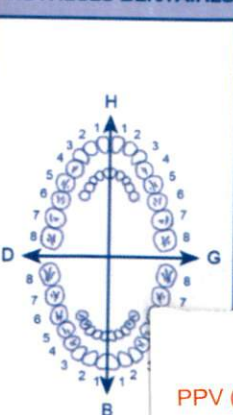
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et son montant.

Important :  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la prothèse.

VISA ET CACHET DU

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

**pulmofluide®**  
simple

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

**pulmofluide®**  
simple

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

**pulmofluide®**  
simple

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

**pulmofluide®**  
simple

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

**pulmofluide®**  
simple

18/12/22



190.00

*[Handwritten signature]*  
7 Cai Zabal



~~(2) Entarhony~~  
~~Dr. Abdellatif BAHRA~~  
~~Consultation - Prévention~~  
~~07 70 56 774~~



1072.00





## FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 070005616

N° Compte Courant : 0

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE ESSAOUIRA

Facture Examen Numéro : 6413

### Identification :

Index Patient : 21112001-01-346469

N° Examen : 6466

Nom et Prénom : CHENNOUNI AHMED

CIN : BH7492

Adresse :

### Lien Parenté :

Nom et Prénom :

N° CIN :

### Débiteur :

PAYANT



Date :

Date Examen : 16/05/2022 16:32:00

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Ligne
Actes						
TÉLÉRADIOGRAPHIE DU THORAX, QUEL QUE SOIT LE NOMBRE D'INCIDENCES, Y COMPRIS MÉDIASTIN ET CŒUR (AVEC OU SANS OPACIFICATION ŒSOPHAGIENNE)	T205	Z	16,00	1,00	120,00	120 00
Montant Total :						120,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT VINGT DIRHAM(S)

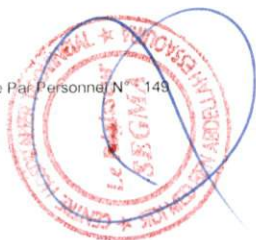
Montant payé: 120,00

Montant Total : 120,00

Fait à Essaouira le 16/05/2022  
16:33:29

Signature du responsable :

Facture Etablie Par Personne N° 149



C.H.P. ESSAOUIRA

DATE : 16 / 07 / 2012



Reçu de M : ..... *Cherif* .....

La somme de (en lettre) ..... *Cinq Vingt* .....

NATURE DE LA RECETTE	EXE	MONTANT
Facture N° ..... <i>Rx</i> .....	<i>92</i>	<i>120</i>
..... ..... Total		

Quittance

N° 311222

D

