

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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

N° W21-704561

126541

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1685 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : H A JJI med

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : CITE DE L'AIR 80. ouhed ATRI2- n° 2. B

NAVAZEUR

Tél. : 06 51 70 62 28 Total des frais engagés : 1190,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachida BEN SSSI

Hépato-Gastro-Entérologie-Proctologie

Bd. Oum Rabil Rés. Al Firdaus Imm. 1 30

2ème Etage Outta Casablanca

Tél: 05 22 90 05 22 / 06 51 70 62 28

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/07/2022

Nom et prénom du malade : Doum A Amina Age: 1959

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : T ncerble chylestive

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 :

Signature de l'adhérent(e) : R



### RELEVE 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
15/07/22	(as)	300 DH		<p>D. INP: 0900390099</p> <p>Hépato-Gastro-Entérologie Proctologique</p> <p>Dr. Oum Rabih Rés. Al Firdaous Imm. 120</p> <p>Jérôme Stage Oulfa Casablanca</p> <p>5220 62 1000</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL WAFAE Dr. M. M. OUEDRHIFI N° 52, Coopérative Al watae - Casablanca - Tel.: 05 22 53 22 22	15/07/22	890, F.D.

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				INP : [ ]												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												
<p><b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Hépato - Gastro**  
**Entérologie - Proctologie**  
**(Hémorroïdes - Fistule**  
**- Fissure...)**



اختصاصي في أمراض  
 الجهاز الهضمي  
 الكبد، جراحة البواسير  
 وأمراض المخرج

PPC: 73,50Dhs

Casablanca, le :

AST 192

73,50 Danma Amm  
 Procton S Muller  
 126,00 x2. cilentra  
 75,00 x2. Iglesca



NOFLAT  
 LOT : 155238F  
 DLUO : 05/2024  
 PPC : 75,00 DH  
 PHARMA CONNECT

1 mm en li d  
 d le s a  
 anca  
 Pharmacie AWAFAE  
 Dr. Meriem OUEDRHIFI  
 N° 152, Coopérative Al wafae - Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34



Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus, Imm L 30 - 2ème Étage - O  
 Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Importateur Exclusif  
 BIOCODEX MAROC  
 B.P 126 Nouaceur  
 www.biocodex.ma  
 P.P.C. : 245,00 DH  
 CE N° : 34757/2019/DMP

33155/01

Importateur Exclusif  
 BIOCODEX MAROC  
 B.P 126 Nouaceur  
 www.biocodex.ma  
 P.P.C. : 245,00 DH  
 CE N° : 34757/2019/DMP

33155/01