

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : 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

N° W19-506475

134080

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8192 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EDDERKALI AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 5156,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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) :

[illegible][illegible][illegible]

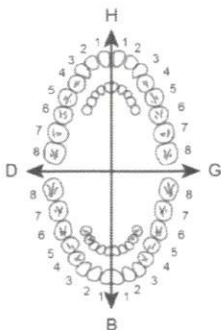
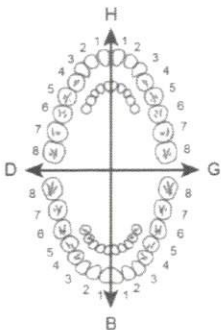
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	INP : <input type="text"/>
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Hassan EL GHOMARI**

**Professeur à la F.M.P.C**

**Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie**

**Nutrition & Croissance**

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc  
de Montréal - Canada



Casablanca, le :

16/08/22

**Mr. EDDEKKAKI Ahmed**

**RYSODEG FLEX TOUCH**

28 ui midi pendant 3 Mois

**JANUMET 50/1000**

1-0-1 pendant 3 Mois

**HYTACAND 16MG/12.5MG**

1-0-0 pendant 3 Mois

**AMLOR 10 MG**

0-0-1 pendant 3 Mois

**CRESTOR 10 MG**

0-0-1 pendant 3 Mois

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

102078698

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludec/insuline Asparte  
PPV : 1182,00 MAD

5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludec/insuline Asparte  
PPV : 1182,00 MAD

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRO.

P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V: 437,00 DH.

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir benou al anoum roches  
noires casablanca  
**HYTACAND** Cpr

16 mg/12,5 mg  
Bte de 30  
29 DMP/21/NRO P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir benou al anoum roches  
noires casablanca  
**HYTACAND** Cpr

16 mg/12,5 mg  
Bte de 30  
29 DMP/21/NRO P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir benou al anoum roches  
noires casablanca  
**HYTACAND** Cpr

16 mg/12,5 mg  
Bte de 30  
29 DMP/21/NRO P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

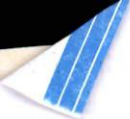
Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

رقم 313 - الدار البيضاء  
Abdelmoumen Center, Ang

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Tél. : 05 22 00 00 00

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



1  
1

1  
1

1  
1

1  
1

1  
1

1  
1