

# 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

- 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](http://www.mupras.com)

138839

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005722

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : ROM

Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_ Date de naissance : 16-8-56

Nom & Prénom : ANOUAR

Adresse : 10 Rue 258 Hay El Béchir

Tél. : 06 64 44 76 32 Total des frais engagés : 5000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12-2-NOV-2022

Nom et prénom du malade : ANOUAR Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ANOUAR

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ANOUAR

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 : Casablanca Le : 28/11/22

Signature de l'adhérent(e) : ANOUAR

## 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
9/11/2012	C	1	200 DH	Dr. KHAZRAI Médecine Générale DU 01/11/2012 Expert ass. n° 1 des tribunaux

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie NOUR</b> <b>KABBAJ Soumia</b> 48, Angle Yacoub El Mansour et Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca Tél : 0522 36 82 11	22-11-2012	508-10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

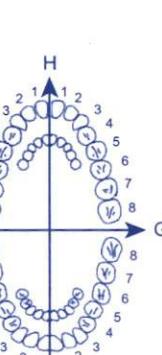
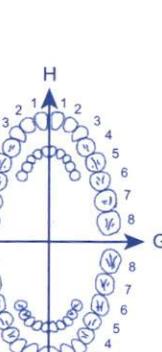
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### BELEVE 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 canalaires, 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</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																				
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></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

Docteur Salmi El Khazraji Jalal

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE

Médecin expert assermenté  
auprès des tribunaux



الدكتور السالمي الخراجي جلال

الطب العام  
الشخص بالصدى

طبيب محلف لدى محاكم الدار البيضاء

Pharmacie NOUR  
KABBAJ Scumia

108, Avenue Sidi El Mousaoui Et Bd.  
Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél : 0522.36.89.15

Casablanca, le: 22/11/22

Amcard®

Amlodipine

10 28

Amcard®

Amlodipine

10 mg

90

LOT : 9761  
UT. AV : 06-24  
P.P.V. 22 DH 00

Amcard®

Amlodipine

10 mg 28

22,00

22,00

Lot. 128781 P.P.V. : 150.00

Exp. 02/2023

MYANT

20 comprimé

IC®

cents

PPV 34DH00  
EXP 10/2024  
LOT 10042 2

450,00

⑥ Cale 15%

34,00

⑥ Myant 10%

32,50

⑥ Dr DW Dr 5,00

508,10

LOT: 090  
PER: SEP 2020  
PPV: 32 DH 50

Rue 23 N° 48 - sidi El knaoui - Casablanca -

Tel. (0) 0522 89 74 60

Pharmacie NOUR  
KABBAJ Scumia

108, Avenue Sidi El Mousaoui Et Bd.  
Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél : 0522.36.89.15

زقة 23 رقم 48 - سيدى الخضرى الدار البيضاء -  
الهاتف الميغاد: 0522 89 74 60