

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 048025

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : OUHIML MOHA

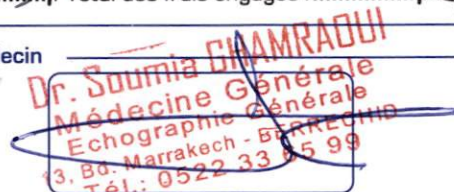
Date de naissance : 4.1.1948

Adresse : 4.1.1948

Tél. : 06.11.899751 Total des frais engagés : 1430.30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/11/2022

Nom et prénom du malade : SAIDANE Mahjoubba Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite + DNI + 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : be

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048025

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
01/11/22	C	21	150 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01/11/22

1280,30

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

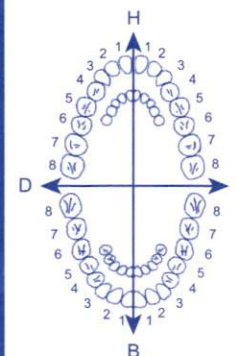
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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)

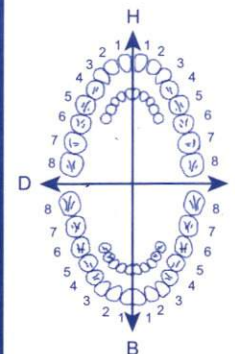
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 . Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale  
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمرلوي

خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء  
الطب العام  
الفحص بالصدى

برشيد في : 01/11/22 Berrechid ,le:

SAIDANE Mahjoubai

1) Solupred 20 cp <sup>S</sup>  
3 cpt le matin à jeun.

2) Muxal snap <sup>S.V</sup>  
1 ca's x 2 j, avant

3) Diamicron 30 cp <sup>S.V</sup> (2 B)  
1 cpt le matin à jeun

4) Glucophage 1000 cp <sup>S.V</sup> (B.5)  
1 cp x 2 j, après

5) Hytacand 16/125 <sup>S.V</sup> (B.5)  
1 cpt le matin, après

9-1280,30

17 Bd de Marrakech, Hay Koudia

Berrechid - Tél : 05 22 33 65 99

PHARMACIE BERRECHID  
Dr. Soumia GHAMRAOUI  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
13, Bd. Mohammed V, Berrechid  
Tél : 05 22 33 65 99

17، شارع مراكش، حي الكودية

برشيد - الهاتف: 05 22 33 65 99



28,00

28,00

28,00

28,00

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

PPV (DH):

LOT N°: 32,50

UT. AV.:

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

89,00

89,00