

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

Nº P19- 0033743

*MUPRAS  
RECEPTION 9*

*139337*

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	5652	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom :		SAFRI miloudi	
Date de naissance :		28/01/1962	
Adresse :		40, napp El wafa dessera Bersachid	
Tél. :		0668438354	Total des frais engagés : 250 + 277,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : HAFIZ BENI Age : 19ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : BNOA C122A-F15

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 : NBR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28 / 11 / 2022

## **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
24/6/82	ACTS	C2	250,00 M	Docteur ABDELLAH PNEUMO - ALERGIE 87 Bd M Karray Berrechid 05 22 32 55 01

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>LA PHARMACIE REGIONALE</b>  <u>Dr. Saad BENIBLOUN</u>          Imr. 94, LOT NAIT N°4-DEROUA  <u>Tél: 05 22 51 47 07</u></p>	16.11.2022	2.99,60

INPE : 062071810

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

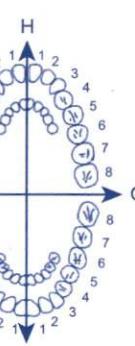
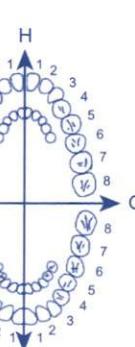
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, 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													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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**

## **Docteur Abdellah TAYB**

**Spécialiste des Maladies Respiratoires  
de l'Allergie Adultes et Enfants  
Ex-Médecin au Département des  
Maladies Respiratoires de 20Août  
et Averroës à Casablanca**



الدكتور عبد الله التائب

**خصاصي في أمراض التنفس - الحساسية  
للكبار والصغار**

Berrechid, في : ٢٦/١٢/١٩٩٠ Berrechid, في : ٢٦/١٢/١٩٩٠

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Tél: 06 20 74 81 00  
Imm. 94, Lop NAIT N° 4-DEROUA  
Tunis 1007

INPE: 06 20 74 81 00

144.50

1) C-FNC 20 7/11/13 RIS

11 2 W.

synthi (02-20/6/13)

9 x 9 1/1 M

11/10 < 30 RIS

64.10

1) A 22 DZ (2013)

1 x 9 1/1 M

11/10 RIS

69.00

4) Docteur A. TABB  
- Docteur S. BERGOLOGUE  
- Docteur ABDELLAH TALIB  
- Ismyail Berrechid  
- 255 01

24.60

06.61.79.02.05 : التفال - برشيد - الهاتف: 05.22.32.55.01 - شارع مولاي إسماعيل، 87

INP : 061133435 / ICE : 001918090000064

87, Boulevard Moulay Ismail - Berrechid - Tél./Fax : 05.22.32.55.01 - GSM : 06.61.79.02.05

**144,50**

LOT 22006  
PER 05/24  
PPV 144DH150

**AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles**

PPV 64DH10

LOT 1D0043  
EXP 02/2024

Lot: 220456  
DLUO: 06/2025  
69,00DH