

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-716906

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3331 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre  
 Nom & Prénom : DAKIR ABDELMAJID  
 Date de naissance : 05/06/1960  
 Adresse : 72, METG LOT BLAD CHAMA - CASA  
 Tél. : 0661394420 Total des frais engagés : 664,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 10/10/22  
 Nom et prénom du malade :   
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Urgence chirurgicale  
 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 : CASA Le : 05/12/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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
10/10/22				INP : <input type="text"/>  

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AVENUE NACIRI</b> 253. Av Mohamed Taieb Naciri May Hassani (Oulfa) - Casablanca RC : 390249	10/10/22	664.40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canauxaires, 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"/>																		
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																				
		25533412	21433552																			
		00000000	00000000																			
		D																				
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
B																						
G																						
				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

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

10/10/22

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. M. BENSAAID AL  
CHIRURGIE GENERALE  
PHARMACIE AVENUE NACIRI S.A.R.L.  
253, Avenue Mohamed Taieb Naciri  
Hay Hassani - Casablanca  
RC : 390249

*(Signature)*  
Dr. JAKIR  
Abdelmajid

132,100

- 1/ Paracétamol sachet
  - 49,70
  - 2/ Aspirine 500 mg cp
  - 98,50 x 4
  - 3/ Ibuprofène 400 mg cp
  - 14,50
  - 4/ ANDOL 1000 mg cp
  - 74,10
- 664,40

PPV: 132DH00  
PER: 07-24  
LOT: L2358

Maxiclav® 1g/125 mg

Adulte 16 Sachets

6 118000 280293

LOT: 22E009  
PER: 02/2027

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V: 49DH00

6 118000 060062

EXP:  
LOT N°:

14,50

ANDOL 1000 mg  
8 Comprimés effervescents

6 118000 082484

LOT 211477  
EXP 04/2024  
PPV 74.10DH

OEDES 40mg  
14 gélules

6 118000 083191

22201A  
01 2024  
98,50 DH

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml  
Bémiparine sodique  
2 seringues

6 118001 220212

22201A  
01 2024  
98,50 DH

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml  
Bémiparine sodique  
2 seringues

6 118001 220212

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml  
Bémiparine sodique  
2 seringues

6 118001 220212

22201A  
01 2024  
98,50 DH

HIBOR® 3500 UI/0,2 r  
Bémiparine sodique  
2 seringues

6 118001 220212

22201A  
01 2024  
98,50 DH