

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0044586

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8218 Société : 142134  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HMANI SAID  
 Date de naissance : 03-10-68  
 Adresse : Dptissement shen's Hayessalam rue n°3 villa n°11  
 CIL CASABLANCA  
 Tél : 061235004 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ahmed MOUADDIB  
 Spécialiste en Hématologie Clinique  
 Greffe de Moelle  
 165, Bd Abdelmomen 2ème Etage  
 Appt N°1 - Casablanca  
 Date de consultation : 26/09/2022  
 Nom et prénom du malade : ALLOU Ismael: Waleid Age: .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : anémie feriprime  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/9/22         |                   |                       | 300,00                          |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 26/9/22 | 428,80                |

# 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 |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

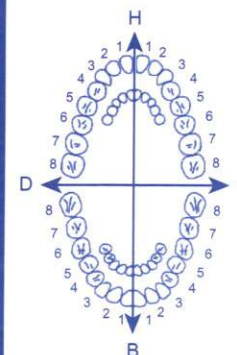
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

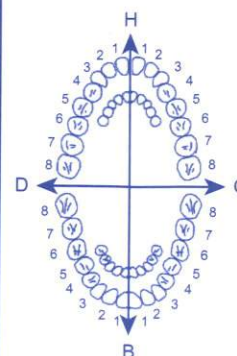
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 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. Ahmed MOUADDIB**

Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate  
Greffe de moelle osseuse

Ex- responsable du service d'hématologie (Marrakech)  
Ex- Directeur - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)  
Ex- Médecin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

**الدكتور أحمد مؤيد**

**INPE**  
**091113746**

اختصاصي في الأمراض الدموية  
أمراض الدم والغدد الطحال  
زرع النخاع العظمي

رئيس قسم الأمراض الدموية سابقا بمراكش  
نائب مدير سابق بالمركز الجهوي لتحاقن الدم بالدار البيضاء  
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

Casablanca, Le 26/08/2022 الدار البيضاء في

*epa - a Alcaen Hachet*

82.10x4

1, *Division 2/ x 2ms*

20.10x4

*2 Saufes*

*x 2ms*

*28.80*

**Dr. Ahmed MOUADDIB**  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Greffe de Moelle  
165, Bd Abdelmoumen 2ème Etage  
Appt. N°1 - Casablanca



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRO P.P.V: 82.10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRO P.P.V: 82.10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRO P.P.V: 82.10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRO P.P.V: 82.10 DH



FUMAFER® 66 mg

100 comprimés



6 118000 180371

PPV:

EXP:

Lot N°:

25.10

FUMAFER® 66 mg

100 comprimés



6 118000 180371

PPV:

EXP:

Lot N°:

25.10 DH  
03/26  
F266

FUMAFER® 66 mg

100 comprimés



6 118000 180371

PPV:

EXP:

Lot N°:

25.10 DH  
03/26  
F269

FUMAFER® 66 mg

100 comprimés



6 118000 180371

PPV:

EXP:

Lot N°:

25.10 DH  
04/26  
F467