

# 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



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0004536

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05355 Société : RAM Pour courrier

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rachid Azeddine

Date de naissance : 03 -04 - 1957

Adresse : Habitation

Tél. : 067911155 Total des frais engagés : 621,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin : Dr. SABER BELCAIDA, Médecin Généraliste, Tél: 0522 33 68 30, INRS: 061102332

Date de consultation : 01/02/2023 -

Nom et prénom du malade : Maafouine Amina Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Synd. grippe + fièvre

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 : Berrechid Le : 14/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21- 04536

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 : 05355

Nom de l'adhérent(e) : Rachid

Total des frais engagés : 621,20

Date de dépôt : 14/02/2023

## **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
02/02/23	CS		150 DT	 Dr. S. B. DELCA INSTITUT GENERAL 06-02-23

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINE Pharmacie le Grand Boulevard 445 Lot Nacralia Tél: 05 22 03 59 59 INPE: 062105036	21/02/83	1471,80

#### **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	

## VOLET ADHERENT

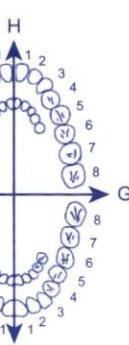
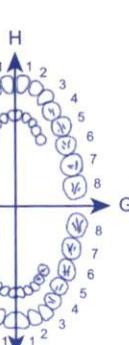
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Sarah BELCAIDA**

**Médecine Générale**

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



**الدكتورة سارة باقيدة**

**الطب العام**

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع العمل والعمق من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السيارة

**Ordonnance**

Berrechid le :

02/02/2023

82,10 x2

Montfucine Amina

- Mezon 20

140 Dhs Pdt 1 mois.

222,00

- Augmenter la dose de 20%

140 Dhs 3 / br Pdt 08 J.

40,00

- Effipred 20

34 Dhs Pdt 05

45,00

- 20% max 5%.

10 Dhs x2

471,20

LOT 221249  
EXP 04/2024  
PPV 82.10DH

LOT 211965  
EXP 10/2023  
PPV 82.10DH

IMANE Z  
Montfucine Amina  
Date le Grand  
Dose 200 mg  
E : 06210

PPU: 222,10 DH  
LOT: 648402  
PER: 10/23

PPU 40DH00  
EXP 10/2025  
LOT 20018 6

مدى الخامس بجزئية نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE B)

الهاتف : 05 22 33 68 30

ID: 650241  
GlaixoSmithKline Maroc  
Ain El Abda  
Région de Rabat  
PPV: 45,00 DH  
6 118001 141548