

# 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



maladie longue durée.  
**Déclaration de Maladie**  
**M22- 0012310**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1977 Société : RAM 156384  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELGHITI ALAOU Abdelezziz  
 Date de naissance : 01/07/1951  
 Adresse : 95, Bd oum Rabii aïfe CAA  
 Tél. : 06 70 87 50 28 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : ..... / ..... / .....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 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 : CAA Le : 05 / 04 / 2023  
 Signature de l'adhérent (e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.04.23	308,60

[illegible]

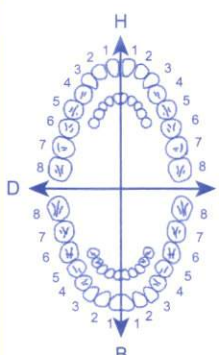
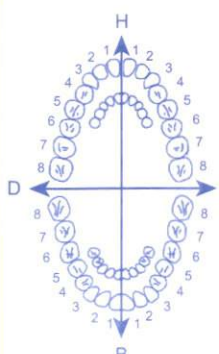
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>						
<b>Cachet et signature du Praticien</b>	<b>Date des Soins</b>	<b>Nombre</b>				<b>Montant détaillé des Honoraires</b>
		<b>A M</b>	<b>P C</b>	<b>I M</b>	<b>I V</b>	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## صيدلية أم الربيع

## PHARMACIE OUM ERRABii

**49 Bd Oued Oum Errabii**

**Hay Hassani Casablanca**

**Tél. 022.90.88.72**

**FACTURE № 04133**

V/ C N° :

V/C N° : ..... SERRAT Khedik épouse ..... Casablanca, le : 05-04-23  
Client : BELGHITI ALAOU Abdelaziz M<sup>l</sup> 1977 .....

**Client :**

Quantité	DESIGNATION	P.U.	TOTAL
2	S - c Top 10 mg	154.30	308.60
			308.60

PHARMACIE OUM ERRAJIDJ  
Dr. Aghane BIDAH  
46 Boulevard OUM ERRAJIDJ HAY HASSANI,  
EL OULFA - CASABLANCA Tel. 05 22 90 88 72

إسيتاب® 10 ملغ

إسيتالوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés ○



30 قرصا ملبسا

LOT: KE10094

PER: AUT 2023

PPV: 154 DH 30

CiplaMaroc

Escitalopram

S-CITAP® 10mg

إسيتاب® 10 ملغ

إسيتالوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés



30 قرصا ملبسا

LOT: KE10094  
PER: AUT 2023  
PPV: 154 DH 30

CiplaMaroc

Escitalopram

S-CITAP® 10mg