

# 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- 0057352 6943  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ANANE Abdelmajid  
Date de naissance : 24-02-1962  
Adresse : W. 64.2 B3 M'hamed Marrouchi  
Tél : 06564 9785 Total des frais engagés : 302,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/03/2023  
Nom et prénom du malade : Anane Abdelmajid Age: 60  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Gastropathie, Asthme  
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 : Bouznika Le : 31/03/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- ☐ Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- ☐ Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://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

31/03/2023

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Tél/Fax: 05 37 74 56 43

282,60

## 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  
AM    PC    IM    IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

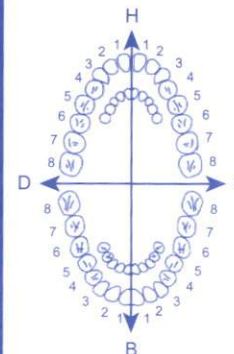
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## 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  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

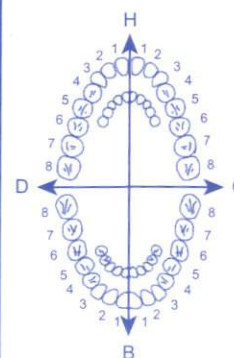
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

# ORDONNANCE

....., Le : .....

Nom : .....

Age : .....

PHARMACIE RECHAK  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fattah  
Biuznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

1. Anane Abdelhadj

14.00 @ 28.00

Dalyne 14 (02/05/27)

19.00 @ 19.00

Dalyne 14 (02/05/27)

39.80 @ 39.80

epate 39.80

15.00 @ 15.00

urite 15.00

12.00 @ 12.00

Nerve gestyl 12.00



Cachet

Date de prochaine visite:

Dr. O. Médéric  
1028, Hay  
Tél: 05 37 74 56 43  
urgence: 06 72 43 50 87  
INPE: 062081187

89,10

6/ Curry PD, 8V



282.60

PHARMACIE DEGHAY  
Lotissement Ghita N° 5, Imm. Al Fatiha  
Bluznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

Dr. OMAR BENMPAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BLUZNIKA  
Tél: 05 37 74 91 79  
en cas d'urgence: 06 72 43 50 97  
INPE: 051188827

Lot: 220643  
A consommer de  
préférence avant le: 08/2025  
PNC: 89,50 DH

**NORMOGASTRYL**  
PPV 12DH00  
EXP 09/2026  
LOT 280512

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 01/2026  
LOT 32044 2

PHARMACIE DEGHAY  
Lotissement Ghita N° 5, Imm. Al Fatiha  
Bluznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

PPV: 14DH00  
PER: 12/25  
LOT: L3739

LOT: 290137  
DLUO: 01/2026  
49,60DH



PPV: 14DH00  
PER: 10/25  
LOT: L3545