

## 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.

### 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° W21-647078

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12931		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Redha
Nom & Prénom : TME ZOUNGUET		Date de naissance : 07/09/1984	
Adresse :			
Tél. : 06 63 54 57 62		Total des frais engagés : 509,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Docteur BENALI Nadia Médecin Généraliste Visite Permis de Conduire Tél: 05 22 25 96 62
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	28/2 2023
Nom et prénom du malade :	Jug Mezzoughi Redha Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchite + Asthme
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	17/2/2023
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ALI</b> ALI Md. Abdellah Bd. Abdelloumen Casab 022 85 06 54	22/02/23	309.00

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>														
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>														
DÉBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>														
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411		11433553		<input type="text"/>	
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	B																	
	35533411																	
	11433553																	
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>														
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>														
DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

الله كثرة بنعلی فادی

Doctor BENALI Nadia

MEDECINE GENERALE  
FACULTE DE STRASBOURG



ECHOGRAPHIE  
DIABETOLOGIE  
D.U GYNECOLOGIE  
NUTRITION

VISITE PERMIS DE CONDUIRE

22/02/2023

كلية الطب سترا سبورغ

الفحص بالصدى  
مرض السكري  
طب النساء

Casablanca le : ..... في : ..... لسيافة

Melle Mezzougui Rhita

XANTHIUM 300

I comprimé le soir pdt 5 j

40,00

COTIPRED 20

3 comprimés le matin pdt 5 j

30,00

FLUIBRON

I cuillerée à soupe, 3 fois par jour

160,00

CLARIL 500

I comprimé, matin et soir PDT 5 J

79,00

Docteur BENALI Nadia

Médecin Généraliste

Visite Permis de Conduire

Tel: 05 22 25 96 62

Me D mat

Superior

309,00

لاري 500 مغ

علبة من 14 قرصاً

Lot N° / Date Per. :

79,00 Dhs  
PPC  
LOT : L-2100518  
EXP : 02/2024

CLARIL®  
Clarithromycine 500 mg  
Balle de 14 comprimés  
PPV : 160,00 DH  
6 1118000 191001

Cotipred® 20 mg  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables  
6 1118000 041016



Fluibron®  
Ambrisétoïd®  
Syrup  
Flacon 200ml

PROMOPHARM S.A.  
6 1118000 240426

30,00

SUPERFOR  
Vitamines, minéraux et oligo-minéraux  
Vitamins, minerals and trace elements  
Sans Sucre / Sugar free

GOUT ORANGE  
ORANGE FLAVO

Docteur BENALI Nadia  
Médecin Généraliste  
Visite Permis de Conduire  
Tél: 05

6 1118000 490106  
Barcode