

# 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

M22- 0014156

184380

☐ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : Mme Bouzidi Fatma  
Date de naissance : 01/01/1940  
Adresse : Yasmine I Rue 2 N°51 Ain Chok Casablanca  
Tél. : 0522502317 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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

21/11/23

719.3

## 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

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

Important :

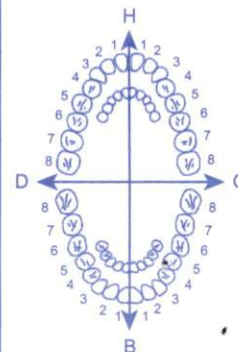
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

### Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

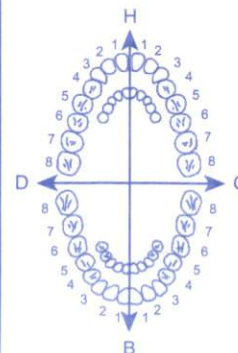
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE AL OURA

LAHRICHI Abdellatif

52-54, Bd. Angala Hay Yasmina 1

Al Inara - Ain Chok - Casablanca

Tél. : 21.71.92



صيدلية الأسرة

لحريشي عبد اللطيف

52-54 شارع امكالة حي ياسمينية 1

الانارة - عين الشق - البوحي

الهاتف : 21.71.92

Pharmacie AL OURA  
LAHRICHI Abdellatif  
52-54, Bd. Angala Ain Chok Al Inara  
Tél.: 05 22 21 71 92 - Casablanca

FACTURE

N° 002406

Casablanca le 21/11/23

Mme Bouzidi FATIMA

Quantité	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
6	Digifone 1g	21,00	126,00
5	Glema 4g	68,80	344,00
2	NOVORTAN 150	116,00	232,00
1	Toumo x 1000	17,30	17,30
Arrêter la présente facture à la somme de Sept cent dix neuf Dirhams et 30 c.			
Pharmacie AL OURA LAHRICHI Abdellatif 52-54, Bd. Angala Ain Chok Al Inara Tél.: 05 22 21 71 92 - Casablanca			719,30

ICE: 001660312000020



PPV 21DH00  
PER 06/26  
LOT M2207

PPV 21DH00  
PER 06/26  
LOT M2117

PPV 21DH00  
PER 06/26  
LOT M2117

PPV 21DH00  
PER 05/26  
LOT M1511

PPV 21DH00  
PER 06/26  
LOT M2117

PPV 21DH00  
PER 06/26  
LOT M2207

PPV 68DH80  
PER 07/25  
LOT M2388

PPV 68DH80  
PER 04/25  
LOT M1324

PPV 68DH80  
PER 04/25  
LOT M1324

PPV:68DH80  
PER:07/25  
LOT:M2388

Irbésartan 150 mg

LOT : 2252  
PER : 05/25  
PPV : 116,00 DH

30  
Comprimés pelliculés

LOT : 1313  
PER : 01 - 28  
P.P.V : 17 DH 30

PPV:68DH80  
PER:07/25  
LOT:M2388

LOT : 2252  
PER : 05/25  
PPV : 116,00 DH

30  
Comprimés pelliculés