

# 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 068276

184867

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHJOURBI Mohammed

Date de naissance : 11/11/1950

Adresse : 317 Bd Larmour 1 bisson Cas

Tél : 0661457866 Total des frais engagés : 675 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/10/22

Nom et prénom du malade : MAHJOURBI Mohammed Age : 72

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DNI + douleur dorsale

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

16/10/23

150100011

Dr BEN KHARIM  
Pharmacie  
32 Or  
Cul  
Assalam  
Tél: 05.22.93.03.09

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

16/10/23

Dr BEN KHARIM  
Pharmacie  
32 Or  
Cul  
Assalam  
Tél: 05.22.93.03.09

# 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      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

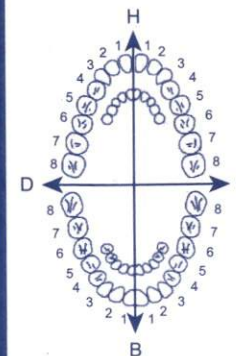
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

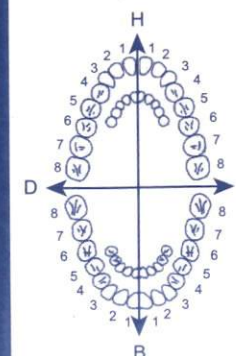
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. Redouane El ARABI

Médecine Générale

Médecin Agréé Par le Ministère de la Santé

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision



الدكتور رضوان العربي

الطب العام

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le :

16/01/2023

الدار البيضاء في

MAHJoubi

MOHAMMED

45.20 x 6

Cheva Coprange 850

44.20 x 2

DIFAL 50

22.00 x 2

Rhumix

59.10

Ciclovit

52.40

Smeeta

05 22 93 03 09 : الهاتف - الشقة رقم 2 الدار البيضاء - السفلي 141

141 Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura-RDC N°2 EL Oulfa-Casablanca

DIFAL®  
Diclofenac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44.20 DH  
6 118000 190349

DIFAL®  
Diclofenac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44.20 DH  
6 118000 190349

Rhumix®  
Boîte de 10 sachets  
P.P.V. : 22.00 DH  
6 118000 191032

Rhumix®  
Boîte de 10 sachets  
P.P.V. : 22.00 DH  
6 118000 191032

CICLOVIT®  
LOT 224723  
EXP 10/25  
PPV 59DH10

SMECTA ORANGE VANILLE  
36 SACHET 800  
P.P.V. : 520.140  
LOT : 22E040  
PER: 04 2025  
6 118000 011460

45,20

45,20

45,20

45,20

45,20

45,20