

# 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...



## Déclaration de Maladie

M22- 0031552

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUTI. DRISS

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : Habituelle 189731

Tél : 0673838761 Total des frais engagés : 832,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 Janv 2024

Nom et prénom du malade : Alouary Catherine Age: .....

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

Nature de la maladie : D.22h + ch p...

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

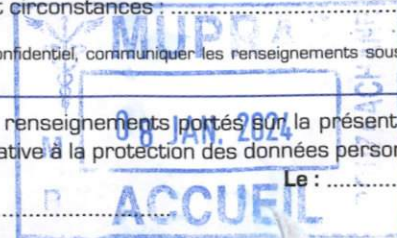
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Abdellah - Quartier de l'Horloge  
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04 Janv 2024    |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

4/1/24

632,1

# 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 :

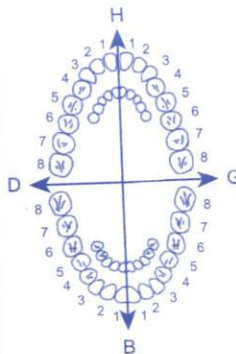
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

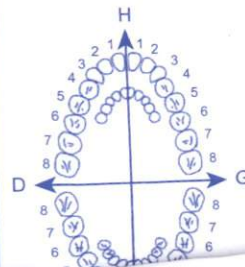
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



**Dr . Rachid SAIR**  
**MEDECIN**



**الدكتور رشيد سائر**  
**طبيب**

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université Montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie -ECG

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونتبولي - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- إرتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب والشرايين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي
- الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

casablanca le : 04 Janv 2024 : الدار البيضاء في :

*Handwritten signature*

*Handwritten medical notes:*  
9217.44  
18.346  
80.0  
46.5  
28.0  
63.2

**Dr. Rachid SAIR**  
**MEDECIN**  
73, AV. Colonel Akid Allam 1er étage  
(en dessus BMCE) - Bournazel - Casablanca  
Tél : 05 22 72 42 42



27,00

LOT: 09M28036  
P.P.V: 05/2005  
PPV: 27.00 DH

8900

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)

PPV 46.90 DH SOTHEMA



6 118001 070015

84 قرصا مغلفا أو

نتفاخ الأمعاء

LOT: 22E003  
PER: 11 2025

AMAREL 3MG  
CP 830

P.P.V: 92DH10



6 118000 060017

9

LOT: 22E003  
PER: 06 2025

AMAREL 3MG  
CP 830

P.P.V: 92DH10



6 118000 060017

0

LOT: 23E001  
PER: 05 2026

AMAREL 3MG  
CP 830

P.P.V: 92DH10



6 118000 060017

0

LOT: 22E003  
PER: 11 2025

AMAREL 3MG  
CP 830

P.P.V: 92DH10



6 118000 060017

0

18,30

18,30

18,30

18,30

18,30

18,30