

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER 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

- Reclamation : 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.

M23-0015964

MUPRAS  
RECEPTION 9

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259

Société : RAM 197025

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHNAOUI Abdellah

Date de naissance : 22-06-1955

Adresse : 401 Lotissement ELWAFIA DEROUA

Tél. : 0663014804

Total des frais engagés : 2868 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22-06-2014

Nom et prénom du malade : Dr SAHNAOUI Abdellah

Lien de parenté :

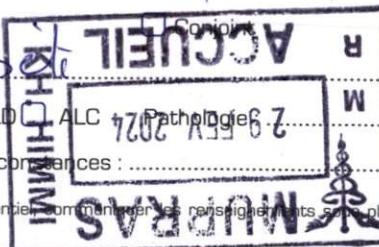
Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  Pathologie



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

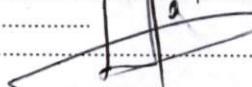
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 22/06/2014

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/02/2011      | Consultation      | 1e                    | 3000,00                         | DR. J. P. S. 2011  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## RELEVE DES FRAIS ET 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                               | Nature des Soins     | Coefficient |                         |
|------------------------------|--|----------------------|-------------|-------------------------|
|                              |  |                      |             | Coefficient des travaux |
|                              |  |                      |             | Montants des soins      |
|                              |  |                      |             | Début d'exécution       |
|                              |  |                      |             | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                      |             |                         |
|                              | 25533412<br>00000000                         | 21433552<br>00000000 |             | Coefficient des travaux |
|                              | 00000000<br>35533411                         | 00000000<br>11433553 |             |                         |
|                              |  |                      |             | Montants des soins      |
|                              |  |                      |             | Date du devis           |
|                              |  |                      |             | Date de l'exécution     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

24401015532054  
Deltour  
22/02/2014  
Main de Maire  
Aldo Quirino  
SA 36 15 11 22 22

437.000 x 3

1 - Janet 50/1000

619.003 Agx2f - ~~3 m/s~~

2 - For xiga. long

2568, 5

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRC

P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V: 437,00 DH

P.P.V: 437.00 DH

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg CP Bell b28  
P.P.V : 419,00 DH

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
**P.P.V.:** 419,00 DH

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH

6 118991 185023

Adresse : Route P3011 Bouskoura  
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 0

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

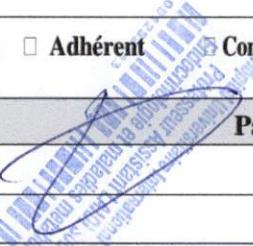
**Nom et prénom :** Ns SAMANAoui Abdellah

**Matricule :** N° CIN :

**Adresse :**

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :**  **Spécialité :** Endocrinog.

**N° ICE :** N° INPE :

**Certifie que Mlle, Mme, M. :** Ns SAMANAoui Abdellah

**Nécessitant un traitement d'une durée :**  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

MSAIC: 6,57%.

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitement prescrit :**

Janet 50/1000.  
For xiga. Badelet et shap.

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : Casab le 22/02/2024

**Cachet et signature du médecin traitant :**



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées