

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

**Maladie** ☒ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres** ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13079 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAJIB Nabila

Date de naissance : 08/02/1985

Adresse : allée des coquelicots, imm 471, app 739, 80

Tél. : 0662 585623 Total des frais engagés : 739,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17-06-2024

Nom et prénom du malade : ELAJIB Nabila

Age : 35 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Angine érythémato-pulvéculaire + lumbalgie

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 : 23 / 06 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

ADHERENT



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant l'accomplissement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17/04/2024      | Assurance         | 1                     | 400000                          | Dr. Soufiane BAKIK<br>AKLIM Secours Assistants<br>Rue 300 N°273 Hay Mly. Abdellah<br>Ain Chock - Casablanca |
|                 | Faj. etc          |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacia ou du Fourmisset Date Montant de la Facture

17/04/2024 339,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

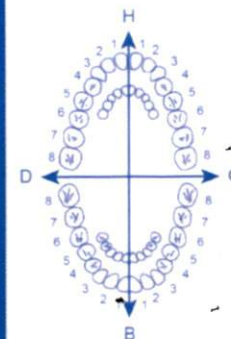
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

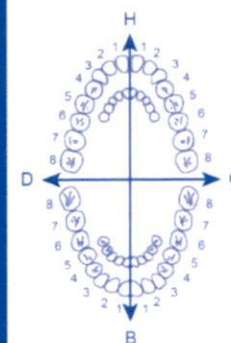
Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412 21433553  
00000000 00000000  
00000000 00000000  
35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



# ORDONNANCE

Casablanca, Le 17-04-2024

Nom

ELATIB Nabile

Age :

35 ans

81,30

1- Maxiclav 1g sachet

13,70

1 sachet x 12 sachets 6j

2- Doliprane 1g x 12

37,110

1g x 3j espacer de 6h

3- Biomyxone sirop

88,00

1 can x 3j

4- Curtec 10mg

120,00

1 pleson

5- Saugemur ou furatone

339,180 1 Amp 1j

Cachet

Date de prochaine visite:

Dr. Soufiane RAKIK

Médecin en Libéral  
AKLIM Secours  
Rue 300 N°273 Hay M. Abdellah  
Ain Chock - Casablanca

STEPHARMACIE GOLF CITY

Centre Commercial Bouskoura Golf City  
RDC N°8 Bouskoura - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09  
INPE: 092079649



Maxiclav<sup>®</sup> 1g / 125 mg

Adulte 12 Sachets



6 118000 280507

BIOMYLASE<sup>®</sup> 200 U.CEPI/ml  
Sirop 125 ml



6 118000 120742

Curtec<sup>®</sup> 10 mg

Cétirizine

30 comprimés sécables



6 118000 041870