

## 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

N° W19-417914

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5460 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELFKIH Al-derrahman  
 Date de naissance : 01-01-54  
 Adresse : Ighli 7 N° 88 Lamhamid - Marrakech  
 Tél. : 0662 054997 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 19-10-19  
 Nom et prénom du malade : EL AMERI Haki  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : *Arthrose*  
 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 : Marrakech Le : 13 / 11 / 19

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
19/10/19	✓	1		
23/10/19	✓			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVEAU OUALKALAM Dr. HIND MAROUANI 29, Adrar 2, Hammam Marrakech	19-10-19 23/10/19	150,60 30,00

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				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 : 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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
					MONTANTS DES SOINS [ ]													
					DEBUT D'EXECUTION [ ]													
					FIN D'EXECUTION [ ]													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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 . SOFIANE Abdellah

Expert Assermente

Ex. Medecin Chef de CS

Ex. Medecin Chef des Urgences

Hôpital Ibn Tofail - Marrakech

ICE : 001645711000048

الدكتور سفيان عبد الله

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب رئيسي سابق لدوائر صحية

طبيب رئيسي سابق لقسم المستعجلات

بمستشفى ابن طفيل مراكش

Marrakech, le : 23 OCT 2019

EL AZIZI HAKIRA

30

Seedalga

Comprimés p

LOT: 181861  
PER: 11-02-20  
PPV: 30,000DA

30

صليبة ادرار  
S. ADRAR  
S. ADRAR

DR. SOFIANE Abdellah  
Expert Assermente  
Medecine Generale  
Echographie Generale  
Résidence Badr 486 Massira 1 - D  
Marrakech - Tél : 05 24 49 46 46

**Dr. SOFIANE Abdellah**

*Expert Assermenté*

Ex. Medecin Chef de CS

Ex. Medecin Chef des Urgences

hôpital Ibn Tofail - Marrakech

ICE : 0016455711000048

**الدكتور سفيان عبد الله**

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب رئيسي سابق لدوائر صحية

طبيب رئيسي سابق لقسم المستعجلات

بمستشفى ابن طفيل - مراكش

Marrakech, le **19 OCT 2019**

*Dr. MIRI HAKIRA*

*Volt Fast*

6 118001 031016  
**VOLTFAST® 50 mg**  
Poudre pour  
solution orale  
PPV : 49.70 Dhs

*49,70*

*Khinet*

*14,100*

*Nezore*

*86,100*

*150,60*

**Dr. SOFIANE Abdellah**  
Expert Assermenté  
Medecin Chef de CS  
Echographie Générale  
Résidence Badr 486 Massira  
Marrakech - Tél : 05 24 49 46 46

LOT 181295  
EXP 03/2020  
PPV 86,100 DH

**PHARMACIE NOUN**  
Dr. HIND MAROUANI  
2 M'hamed  
11 Marrakech