

# 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.

## Diagnostique 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.

## Éducation :

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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0002314

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RAHMOUNE Jamel Date de naissance : 20/6/1952  
Adresse : LES NOUVEAUX CALIFORNIE - Im 29 Dh N° 42 - Casablanca  
Tél. : 0660 168 100 Total des frais engagés : 529,05 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/10/2019  
Nom et prénom du malade : RAHMOUNE Jamel  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cataracte  
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 : 12/11/2019  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
29/10/19	C	C	15000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ACHIR</b> 10, Bd El Qods, El Mandaraa Rue 14, Inara 1 Ain Chok - Casa Tel. 06 22 52 82 58	29/10/19	34905

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

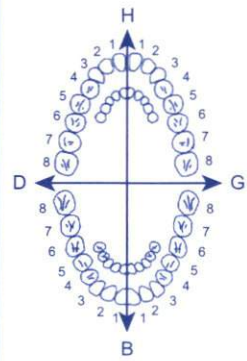
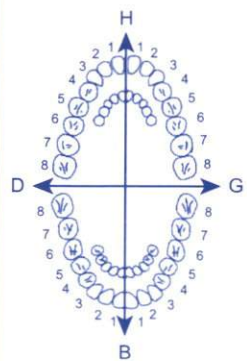
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Échographie

Nutrition- Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale - ECG

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التفزة)

التغذية - تخطيط القلب - الحمية (ريجيم)

طب النساء

## ORDONNANCE

Casablanca, le 29/10/2019 في الدار البيضاء،

Dr. RAHOUNE JANILA

27.00

Alivier

1 gel 15  
melliosy No 02

1 cp a 3h aut Sup  
Pelnex Sachet 18-30

20.00

18 a 3h  
Hemiflex

14.50

1 app a 2h

806, شارع القدس - الطابق الأول الشقة 2 - حي منظرنا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 87 27 74

806, Bd El Qods - 1er Etage Appt 2 - Hay Mandarouna - Aïn Chock - Casablanca - Tél. : 05 22 87 27 74

14.50 He offt sup

8400x2 sup a 2 1  
Pulsele machine

1 cy 1 b 800

Hume a malchery

30.00 1 app a 3 1  
Gnea

79.95 1 cy a 2 1  
Plab al gel

1 gel a 3 hay sup

379.05

S.V

S.V

S.V

S.V

S.V

صيدلية عيشية  
PHARMACIE ACHIR  
101, Bd El Oudj Lot Mandarona  
Bordj - Algérie - 03 42 82 82 53

Pharmacie  
101, Bd El Oudj Lot Mandarona  
Bordj - Algérie - 03 42 82 82 53



01.01.2021

54055



05-2021

**Distributeur au Maroc.**  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC

**PPV : 30,00 DHS**

Lot N°: L 2214  
DP : P:05/22  
DE : 79.95 DH  
PVC :

**Hemofast®**  
-pomme

19,60

**PHARMED**  
LOT:2778  
UT.AV:04-22  
PPV:20DH00

unich - Allemagne  
A.R.L.

PPC: 94 DH  
ES.5.246.16

unich - Allemagne  
A.R.L.

PPC: 94 DH  
ES.5.246.16

14,50

LOT:09813333  
PER:07/22  
PPV:27100