

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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  
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



CA

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024376

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : ELAICH ABDELLAH Date de naissance :  
Adresse : LOT DNA 1 N°137 DEROUA  
Tél. : 0661390944 Total des frais engagés : 327 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 08/11/2019  
Nom et prénom du malade : EL AICH ABDELLAH Age : 60 ans  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Vaccination / palu  
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 : Accueil Siège/Ram Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

28 NOV 2019  
Accueil Siège/Ram

### 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
		CS	200,00 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/2019	127,00 DH

### 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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

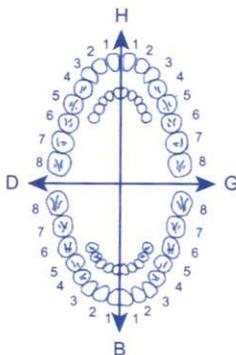
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FOUISSI MOUNIA

Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de  
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويصي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال  
حريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء

le : 09 NOV 2019  
Nom : .....

Age : .....  
Poids : 31,2

EL AICH Abdessalam

124,000DH

1 - Deltavax

(SV)

087 974520  
DULTAVAX  
SÉRUM À TITRAGE ÉLEVÉ POUR SÉRIEUSE  
(INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, EFFETS  
INDÉSIRABLES, PRÉCAUTIONS)  
0,5 ml  
Voie IM (Intramusculaire route/Via IM)  
Sanofi Pasteur  
Manuf.: 21092017  
Lot: P3K37  
Exp: 09-2020

**DULTAVAX**  
1 seringue - 0,5 ml - 1 dose

21092017  
MANUF.: P3K373V  
LOT: 09-2020  
EXP.:

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Dultavax inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 127,00 DH

5 118001 080342

~~Dr. FOUISSI MOUNIA  
Pédiatre  
Av. de la Résistance, El Wahda I, N°98  
Deroua, Tel: 05 22 51 42 88  
E-mail: mouniafouissi@gmail.com~~

~~Lot: Al Manzah Imn 2 Mag 1  
Pharmacie HAY AL MANZAH  
N°PE: 062098778  
Tel: 05 22 51 51 84~~

شارع المقاومة، الوحدة 1 الرقم 98 ، الدروة  
Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua ( En face ONE Deroua)  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com