

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0043145

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL ADALI THAMI

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : BLOC H lotissement 146 Haouzia Kenitra

Tél : 0664234684 Total des frais engagés : 250,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2019

Nom et prénom du malade : THAMI EL ADALI Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : Kenitra Le : 13/12/2019

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
13/12/19	C	9	100 dh	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/19	100,10

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																							
	<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">D</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> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B				G				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D																							
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	G																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Asmae MHIDRA

Médecin généraliste

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie - Rabat

- Certifiée en échographie générale

- ECG

- Médecin agréée pour certifier

l'aptitude médicale au permis de

conduire.



الدكتورة أسماء امهدري

طبيبة عامة

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالرباط

- شهادة في الفحص بالصدى.

طب القلب

- الفحص الطبي لرحصه السياسة.

LOT: 0016  
PER: 10-06-19  
PPC: 45.01.0H

## Ordonnance

LOT: 2171113  
PER: 11/2022  
PPC: 55.10. DHS

Kénitra le: 13/12/19

Nom, prénom: THANI EL ADDALI

DR MHIDRA ASMAE  
Médecin Généraliste  
159 Bloc E. Kénitra 1er Etage

55,10  
1) 500 propolis spray



1 pulv x 4/j' B11071

45,00  
2) Repiamor



2 cam x 3/j' sdt 06'

$\delta = 100,10$

PHARMACIE CO. LATLAS  
Dr BOUAFICH BOUKER  
DOCTEUR PHARMACIEN  
Kénitra  
Tel: 037 35 34 66

DR MHIDRA ASMAE  
Médecin Généraliste  
159 Bloc E. Kénitra 1er Etage

Adresse: 1<sup>er</sup> étage N°159 Bloc «E»

EL HAOUZIA - Kénitra

Téléphone:

E-mail:

05 37 35 81 33

dr.asmae.mhidra@gmail.com

العنوان: الطابق الأول رقم 159 بلك «E»

الحوزية - القنيطرة

الهاتف:

البريد الإلكتروني: