

# 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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0005174

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : NASSI 10769 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01-01-49

Adresse : .....

Tél. 06 62 79 06 07 Total des frais engagés : 778,50 + 200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/06/2022

Nom et prénom du malade : NASSI FATIMA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète type II

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 : MSA Le : 01/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


## 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)

**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
01/06/2022	C1		2000	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/22	778,50

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

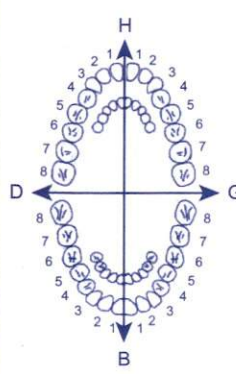
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

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

		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		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

# Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E )

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحريشي رشيد  
الطب العام

295, شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le : 07/06/2022 في: الدار البيضاء،

Mme NASSI FATIMA,

19,50 x 3

1). ADO 7g

rep 4 à midi

52,10 x 6

2). Amarel 3mg

rep x 2 l.j

27,70 x 6

3). Cardiospirine 700/g

rep x 2 l.j

traitement de

06 mois

778,50

دكتور الحريشي رشيد  
Dr. HRICHI Rachid  
Medicine Generale  
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa - Tél : 06 66 80 76 66  
INPE : 091076893

دكتور الحريشي رشيد  
Dr. HRICHI Rachid  
Medicine Generale  
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa - Tél : 06 66 80 76 66  
INPE : 091076893

PHARMACIE MILIKAWOULOUFA  
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casablanca - Tél : 06 66 80 76 66  
INPE : 091076893

19,90

19,90

19,90

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 21E001  
PER : 01 2024  
6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 21E002  
PER : 05 2024  
5 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 21E003V  
PER : 11 2024  
6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 21E002  
PER : 05 2024  
4 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 21E002  
PER : 05 2024  
6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 21E002  
PER : 05 2024  
6 118000 060017

19,90

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280


Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	NASSI FATIMA
Matricule :	Foyer
N° CIN :	0754
Adresse :	Oulfa Gpc'n" Rue 133 No 47
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : INPE : 091076893
Certifie que Mlle, Mme, M. :	NASSI FATIMA
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Patiente suivie chez nous au cabinet depuis plus de 05 ans ; pour diabète type II ; glycémie à jeun = 2,83 g/l	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : ADO 1g . Amarel 3mg . Cardioagm 100	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 01/06/2022	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées