

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0017183

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1684 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BEINJAMAI MUSTAPHA Date de naissance :  
Adresse : 45 B.I.S LOT KHADJA DEROUA DERCHID  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Benjamin Mustapha Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cancer du Rectum  
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 : Dar es Salam Le : 19/09/2019  
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
16/09/19	CS			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/19	536,00

# 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

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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																							
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS																					
	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'EXEC



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 16.09.19

Dr Benjani Nouraphe

4200

1) - Doxycycline 100mg 1cp/12

1650 x 3

2) - Lidocaine 2% (x3bats)

3420 x 2

3) - Fusidic 2% (x2bats)

5300 x 6

4) - Dak Farin 2% (x6bats)

1570 x 3

5) - Bicarbonate Sodium 1M (x3bats)

5360

Pharmacie PRINCE LÉDEROUA  
Bloc U N° 1 Deroqua  
Tel: 05 22 53 20 83

LIDOCAINE 2%

PPV 16DH50  
EXP 01/2021  
LOT 7D055 8B

LIDOCAINE 2%

PPV 16DH50  
EXP 03/2022  
LOT 8D050 8B

LIDOCAINE 2%

PPV 16DH50  
EXP 06/2022  
LOT 91026 3A

DOXYMYCINE® 100 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 42DH00 EXP 06/2020  
LOT 84092 1

Fucidine® 2%

pommade Tube de 15 g

→ 39,70

Fucidine® 2%

pommade Tube de 15 g

→ 39,70

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH

