

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com  
Personne 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 personnelles.

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° P19-0026483

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1855 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : DERKAoui Mohamed

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 99 14 97 65 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

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

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution															
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticaire			Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553						
	H		G																			
	25533412	21433552	00000000	00000000																		
00000000	00000000	00000000	00000000																			
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																						
Visa et cachet du praticien attestant le devis				Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

<b>VOLET ADHERENT</b>			NOM :	Mle
DECLARATION N°			P17/0063841	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois				
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



P17/0063841

DATE DE DEPOT  
/ /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>			Mle 1855
Nom & Prénom			ARRACH: MOHAMED
Fonction		Phones	0699149745
Mail			Dekeam1852@gmail.com
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
R134			2000H 2000H
<b>PHARMACIE</b>		Date	
Montant de la facture		324.10 229.70	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		Pharmacie Tél.: 0522 33 61 61 Yassan II N° 239 Berrechid	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			Date
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV



Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté  
de Médecine à Casablanca  
Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en  
TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

و بمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

برشيد

ORDONNANCE

Dr. Hani Hamed

3842 20 ref SV

Lyabellh SV

7-22

Pharmacie HAY EL HASSANI  
Dr. AJMI ABIZ  
Pharmacien  
Tél: 0522 33 61 61

Dr. Mouhsine Mustapha  
Traumato - Orthopedie  
5, Rue Okba Ibn Nafia - Berrechid  
Tél: 0522 33 79 59



Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté  
de Médecine à Casablanca  
Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en  
TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

ORDONNANCE

*Antoni Mohamed*

255.00

*Alyse 75*

34.00

*1 4 2x*

*Gyantal*

*1 - 1 - 2x*

*Acidone*

*1 4 3 4*





**ESAC<sup>®</sup> 20 mg**  
28 gélules PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

LOT 18114  
PER 17/20  
PPV 1811460

169,60

**MYANTALGIC<sup>®</sup>**  
20 Comprimés effervescents 37,5 mg/325 mg



6 118000 033097

**MYANTALGIC<sup>®</sup>**  
20 comprimés effervescents

PPV 34DH00  
EXP 04/2022  
LOT 93033 2

**BECIDOUZE<sup>®</sup>** 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2022  
LOT 8N033 4

**BECIDOUZE<sup>®</sup>** 20 dragées



6 118000 031192



Lot:

19F159

Par:

04.2021

PPV: 255DH00



AMM N°: 223/16 DMP/21/NNP

**MYANTALGIC®** ○  
20 Comprimés 37,5 mg/325 mg  
effervescents



**MYANTALGIC®**  
20 comprimés effervescents

PPV 34DH00  
EXP 09/2021  
LOT 86063 1

**BECIDOUZE®** ☒  
20 dragées



**BECIDOUZE®** 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2022  
LOT 8N033 4



## TRAUMATO - ORTHOPEDIE

## جراحة العظام و المفاصل



*Berrechid, le.*

یروشید، فی

# ORDONNANCE

ORDONNANCE

Don't know. Asked  
Doubtful. In &  
Narrow. Huntsey  
Habit: Rate of  
Nile

Mustapha  
thopédie  
reckid

Dr. Mouhsine Mustapha  
Orthopédie  
33 79 59



Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté  
de Médecine à Casablanca  
Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en

TRAUMATO - ORTHOPEDIE



الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le 04.09.19 برشيد، في

## ORDONNANCE

Dr. Mustapha MOUHSINE

Spécialiste en

consultation 200 DH

Rx 200 DH

TOTAL 400 DH

Dr. MOUHSINE Mustapha  
TRAUMATO - ORTHOPEDIE  
5, Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid  
Tél: 05 22 33 79 59