

## 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 MUFRAS 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)



## Déclaration de Maladie

N° W21-815231

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8310	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	9678
Nom & Prénom : ELBOUANI HICHAM			
Date de naissance : 17/09/67			
Adresse : Impasse GOUSSANE Im 819 ART 12 Bou Sfouf			
Tél. :	0661144486	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr SAOUD Bouchra RHUMATOLOGUE INPE:101111318</b> </div>		
Cachet du médecin :			
<div style="text-align: center;"> <span style="font-size: 2em;">18</span>  <span style="font-size: 1.5em;">1/12/23</span>  <b>EL BOUANI IB HISSAM</b> Age: 50         </div>			
Date de consultation : 18/12/23 Nom et prénom du malade : EL BOUANI IB HISSAM Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MRTROS 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.  
**Cadre réservé**  
**Fait à :**  
**l'adhérent(e) :**  
**Le :** 27/10/23 / 84



### RELEVE 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
				INP : 101111318
				C G
				Dr SAOUD Bouchra RHUMATOLOGUE INPE:101111318

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE VAL D'OR	19.12.93	537,50 DHS
Plage Val d'Or - Dr. Mokhtar Abdellah		
N° 22 - Harhoura		
Tél : 05 37 74 99 88		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

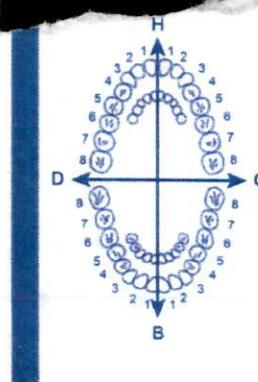
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

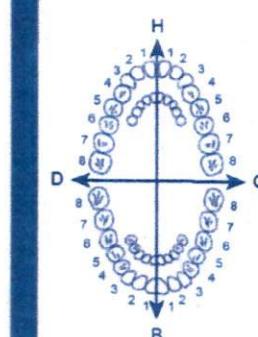
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

et de La protection Sociale

Direction Régionale de Rabat Salé Kenitra

Centre Hospitalier Régional

MY-Youssef de Rabat



المملكة المغربية

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Direction Régionale de Rabat Salé Kenitra

Centre Hospitalier Régional MY-Youssef de Rabat

المركز الاستشفائي الجامعي مولاي يوسف بالرباط

الجهة الرباط سلا القنيطرة

الجهة الرباط سلا القنيطرة

مولاي يوسف بالرباط

Rabat le : 18/12/23.

Nom et Prénom : El Bennis Ibtissam

Dr SAOUD BOUCHE  
RHUMATOLOGUE  
INPE: 101111318

El Bennis Ibtissam

### Ordonnance

①

Carb. gée pochettes.

159,50 x 3

1 pochette anti-reflux  
x 3 poches

②

Magistral pochette simple  
x 3 poches

22,50 x 2

1 pochette anti-reflux  
x 3 poches

③

B. gée pochettes

1 pochette anti-reflux  
x 3 poches

PHARMACIE VAL D'OR

Plage Val D'Or Av. Moulay Abdellah

DR SAOUD BOUCHE  
RHUMATOLOGUE  
INPE: 101111318

Centre Hospitalier Régional My Youssef Rabat Sidi Mohammed Ben Abdellah Akkari Rabat

Tel : 05 37 69 47 05 - 05 37 69 47 54 - 05 37 69 47 43 - Fax : 05 37 69 47 43



MYALGIC 20 comprimés pelliculés

PPV 290H50 EXP 04/2025

LOT 31015

9  
XZ Ged





