

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23- N° 0038369

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 830

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Jamaa Marzouki

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : Hay ABBADI BRAKA rue Meknes N°166-Temara

Tél. : 0538.122.856 Total des frais engagés : #684,154 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL GHALI Sara  
Psychiatrie  
Hôpital Arrazi - CRU  
Rabat - Sale

Date de consultation : 04/04/2024

Nom et prénom du malade : Nerguiche Nayal

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019





# 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
04/10/24			67	Dr EL GHALI Sara Psychiatre Hopital Arrazi Rabat - Salé

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ABI HOURAÏR الدكتور عبد الحفيظ الحوري شارع القاهرة - رباط الهاتف : 05 37 64 14 58 INPE : 102 062 601	15/10/24	626,40

# 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	

Le praticien

Important  
Veuillez joindre

SOINS

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
C.H.U. de Rabat - Salé

N° 321236

bilan de l'ODF.

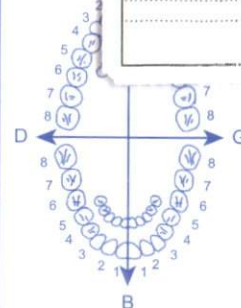
Etablissement :

Reçu de M :

La Somme de :

Nature de la Recette	Ex	Somme
Total		

Cachet du Service	Signature du Révisseur Comptable



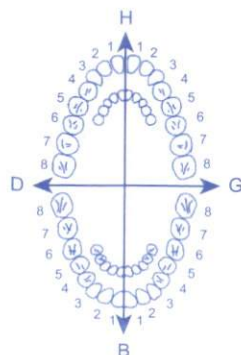
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date : 04/04/24  
Nom : Naïat  
Prénom : Deborah  
IPP : 65377

LOT : 011  
PER : AUT 2025  
PPV : 400 DH 00

ORDONNANCE

16/04/24  
10018  
10010  
Aripipri 15mg

16/04/24  
10019  
11852  
No Dep 50mg

16/04/24  
10023  
10593  
Depakine CE 500mg

1/2

PHARMACIE ABI HOURMIA  
06 37 64 74 58  
INPE : 102 062 801

Dr EL GHALI Sana  
Psychiatre  
Hôpital Ar-Razi - CHU  
Rabat - Sale

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 600 MG  
CP PEL 630  
P.P.V : 105,90 DH  
6 118001 081073

62440

N.B cette ordonnance n'est valable que si elle porte le nom et la signature du médecin  
Traitement de ..... RDV le ..... 04/04/24

RDV

P. 09-05-2024

à 9h

D. Abidi

SIRI LARBI J. M.

المرکز الوطني للأمن الوطني  
الوحدة الوطنية للأمن الوطني  
الفرقة الوطنية للأمن الوطني  
الفرقة الوطنية للأمن الوطني  
الفرقة الوطنية للأمن الوطني