

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

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 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- 0044413

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0784 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LABIAD MBAREK

Date de naissance : 01/07/47

Adresse : HAY EL HANA, RUE BB, N°124

CASABLANCA

Tél. : 0605173647 Total des frais engagés : 1228,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: 19 FEB 2020, ACCUEIL, Cardiology, Dr. Youssef M. Youssef]

Date de consultation : 01/02/20

Nom et prénom du malade : LABIAD PATRICK Age : 66 ans

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

Nature de la maladie : HTA

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 : CASABLANCA Le : 19/02/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  <b>PHARMACIE EL JAQUI</b> Dr. JAQUI Bouchra Rue 22 N° 30 Hay El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24	Date  10/05/2020	Montant de la Facture  <b>PHARMACIE EL JAQUI</b> Dr. JAQUI Bouchra Rue 22 N° 30 Hay El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24 928,90

[illegible]

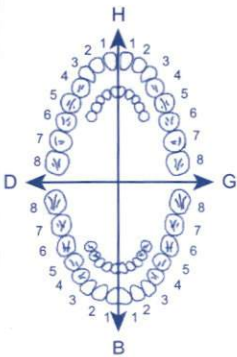
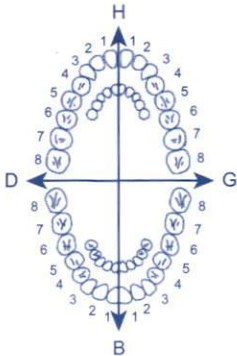
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

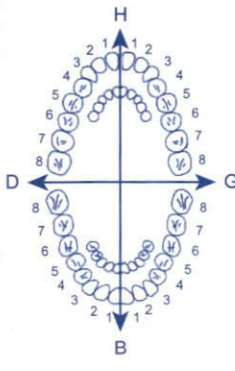
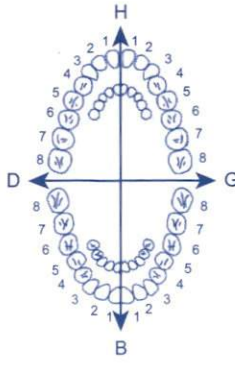
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan

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			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				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'EXEC

PPV:84DH80  
PER:07/22  
LOT:11653

PPV 84DH80  
PER 10/22  
LOT 12492

PPV 84DH80  
PER 10/22  
LOT 12492

Cabinet de Consultations  
d'Explorations Cardio-Vasculaires

LOT : 19E002  
KARDECIG 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 19E002  
KARDECIG 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

10101120

0  
KARDECIG 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 19E002  
PER.: 01 2021

PHARMACIE EL JAQUI  
Dr. JAQUI BOUCHRA  
Rue 22 N° 35 Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

PHARMACIE EL JAQUI  
Dr. JAQUI BOUCHRA  
Rue 22 N° 35 Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

84,90

Prezar 50

30,70 x3 Kanefix 1

17,80 x3 Rosuvastatin 10

109,00 x1 Dipep x2 (bille)

PHARMACIE EL JAQUI  
Dr. JAQUI BOUCHRA  
Rue 22 N° 35 Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

928,90

Lot: DS0719  
D/C: 07/2022  
P.P.C : 109,00 DH

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80