

## 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

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-514159

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>229514</b>			
Matricule :	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Hafdi Habima</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0662 68 21 78</b>	Total des frais engagés : <b>395,50</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<b>MUPRAS</b>
Date de consultation :	<b>27 JAN 2010</b>
Nom et prénom du malade :	<b>Hafdi Habima</b>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<b>ICU/ Affection sur place</b>
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 : **N° 8** Le : **29/01/2010**

Signature de l'adhérent(e) :

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21/01/2022

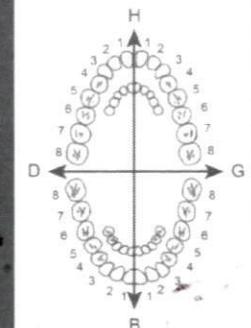
195,50

PHARMACIE DE LA MARCHE  
93 Bd Mohamed V Benslimane  
Tél. 0522 324068

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des  
CoefficientsMontant  
des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du ParticulierDate des  
Soins

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé  
des Honoraires

## VOLET ADHERENT

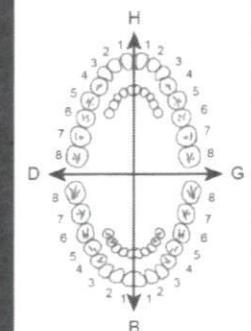
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous  
les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX[Empty box]MONTANTS  
DES SOINS[Empty box]DEBUT  
D'EXECUTION[Empty box]FIN  
D'EXECUTION[Empty box]O.D.F  
PROTHESES DENTAIRESDETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

G



## [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX[Empty box]MONTANTS  
DES SOINS[Empty box]DATE DU  
DEVIS[Empty box]DATE DE  
L'EXECUTION[Empty box]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 58,00 DHS  
AMM N° 270 DMP/21/NRQ

LOT: عباد 4982  
FAB: مارس 2019  
EXP: 11-2020

Microchirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1 er étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

21/01/2020

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH  
Barcode: 6118001101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue  
Mohamed Diouf, Casablanca - Pharmacien  
Responsable : Amina DAOUDI

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

Siccafluid  
2,5 mg/g  
10 g  
سيكافلود

740 04 22  
LOT PER  
Prix 99,00

Mme HAFDI Hakima

1/ MAGMINE:

1 cp / jour le soir au coucher

2/ INDOCOLLYRE

1 goutte 4fois/jr , œil gauche

3/ SICCAFLUID COLLYRE

1 Goutte 3 fois/jr (1flacon), les deux yeux

PHARMACIE BERRECHID  
Hall 1 MARRAKCHI PHARMACEUTIQUE  
Notamad d' Berrechid  
05 22 32 40 68

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid  
Tél. 05 22 32 48 47