

# 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.

## 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.

## Prothèse :

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

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° P19-0021822

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580 Société : 26659  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Aziz Abdellah Date de naissance : 1/06/38  
Adresse : Cir. 5ème arr. Casablanca 20000  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 04/05/2020  
Nom et prénom du malade : CHAFI Aicha Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Rhumatologie  
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) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0021822

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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
04/05/2020		1	25054	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/05/2020	63370

# 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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT 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

**Dr. Ilham SEHBANI**

**RHUMATOLOGUE**

Spécialiste des os, articulations et  
la colonne vertébrale

Ostéoporose

Maladies rhumatismales (Lille-France)

Biothérapie

Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)

Nutrition

**الدكتورة إلهام سحباني**

أخصائية في أمراض العظام  
والمفاصل

العمود الفقري

مشاشة العظام

أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

الفحص بالصدى (لييج - بلجيكا)

التغذية

Casablanca le: 04/05/2006

M. chrsf: Ep A33 Anthe

3310

Relax

14430

28803

ISO x 200

1/1 a 7.

Vital fin

60,10x4

1 ep x 3 la 1a

EPY 50 terin

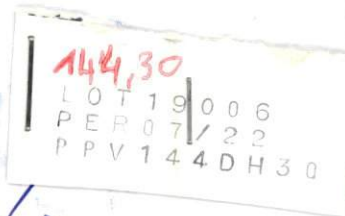
0-0-1 x 2 mois



3000 Kalor 20  
M1-2



79,50 Vepabon  
1880 + 51

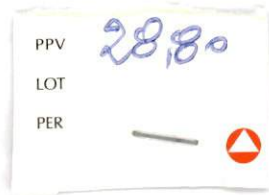
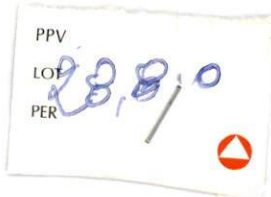


T: 63370

INVENTAIRE  
Pharmacie Nutritionniste  
Mme L. ...  
Rue L. ...  
Tel: 05 22 50 68 69



LOT 181366  
EXP 02/2021  
PPV 30.00DH



Epyca® 50 mg

Prégabaline  
14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

مغ

Epyca® 50 mg

Prégabaline  
14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

DIEN

quotidien.  
teneur  
tée sous  
nthese.

il soulage  
utilisées et

ant pour  
es. Idéal

Epyca® 50 mg

Prégabaline  
14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

مغ

Epyca® 50 mg

Prégabaline  
14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

مغ

بريجابالين

(PPV : 60DH10)

بريجابالين

(PPV : 60DH10)

Ac  
bai

Co  
Pré

Res

lésion ouverte.

Codes ACL : Baume Secours Monodoses 10 g : 37 602 334 101 26 /

Baume Secours 7.5 g : 37 602 334 100 03 / Baume Secours 45 g : 37 602 334 100 10 /

Baume Secours 100 g : 37 602 334 100 27 / Gel Secours 45 ml : 37 602 334 101 33 /

Baume Bébé 45 g : 37 602 334 101 40