

# 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

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- 051377

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 953 Société : 27238

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKKAL M. M.

Date de naissance : 16/7/45

Adresse : Hay el ANASSER 2290 21 Casablanca

Tél. : 0661420824 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed ALOU.  
Néphrologue  
Spécialiste des Maladies du Rein des Voies Urinaires  
Hemodialyse

Date de consultation : 20/04/2020

Nom et prénom du malade : UMAR GAR RAHMA Age : 74

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

Nature de la maladie : HTA + DIABETE

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 : 30/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-051377

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 : 953

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 Règlement des Actes
2008				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/04/2008	2058.00

# 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	

# VOLET ADHERENT

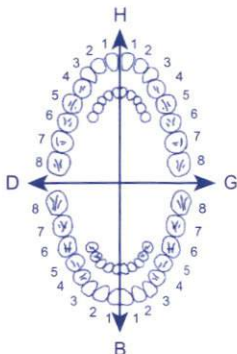
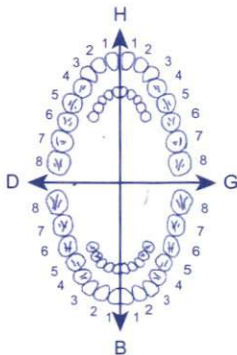
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. Mohamed AJOUBY

NEPHROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Rein

& Voies Urinaires

HEMODIALYSE

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور محمد أجوبي

إختصاصي في أمراض الكلى

الكلية الإصطناعية

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 20.04.2020

LAMANAAN Barbra Ep BAKIAL

350,23 x 3 = 1050,69

96,0 x 3 = 288,0

149,20 x 3 = 447,60

- Diprezar fort: 100/25

77,0 x 3 = 231,0

- Anglar 10 mg: 1 cpl

- Irophenis: 100 x 3

63,20 x 3 = 189,60

- Zyrtec 10 mg: 1 cpl

Dr. Mohamed AJOUBY  
Nephrologue  
Spécialiste des Maladies du Rein des Voies Urinaires  
HEMODIALYSE  
Expert Assermenté auprès des Tribunaux  
"Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhair"  
des Hôpitaux Casa - 07 26 20 50

PHARMACIE HW EL HASSAM  
Dr. AKOUZ KARIM  
50-52 Lot 3, Hassan Rue 2  
Hay Hassam, Casablanca  
Tel : 05 22 90 35 22

3, rue Abou Baker Mohamed Ibn Zouhair, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél.: 05 22 26 20 50 - Fax : 05 22 99 28 01 - Patente : 36315420 - CNSS : 6344874 - INP : 0900074 / 41015



8-0267-73-230-1

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120246

8-0267-73-230-1

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120246

8-0267-73-230-1

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120246

PPV: 96DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-1

PPV: 96DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-1

PPV: 96DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-1

PPV: 149DH70  
PER: 02-23  
LOT: J821

PPV 77DH00  
PER 10/21  
LOT 12437

7700

PPV: 149DH70  
PER: 02-23  
LOT: J821

PPV: 149DH70  
PER: 02-23  
LOT: J821

63.20