

# 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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

Déclamation : contact@mupras.com

Mise 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.

S : 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

Nº P19- 051607

ND: 29591

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1051 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Mahla Ben Aissa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) :

## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

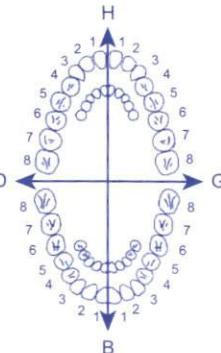
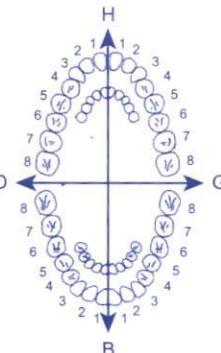
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'Oral.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
DETÉRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION		
 O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553	 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 mois.

## 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 : N° P19- 000213

 Maladie Dentaire Optique

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1055

Société : R.A.M.

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom &amp; Prénom : MAHLA BEN YASSA

Date de naissance : 1-7-47

Adresse : Résidence el Fajr 77, Essaouira m=1 bni

Tél. : 0647958515

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid INCHAOUH

Spécialiste des Maladies  
Respiratoires

13, Rue Allal Tacuitate - Casablanca

Tél. : 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

01 MAI, 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DATHA PERROT Age : 75

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

BPC

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 03/05/20

Signature de l'adhérent(e) : 

## VOLET ADHÉRENT

## Déclaration de maladie N° P19- 0002137

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) :

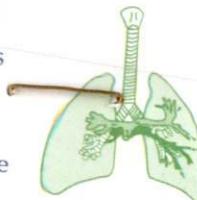
Total des frais engagés :

Date de dépôt :



## Dr. Rachid INCHAOUH

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Toulouse  
Asthme - Tuberculose - Allergies  
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد إنشارو

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفس

خريج كلية الطب بترولوز

الضيق - السل - المساسية

Mr MAHLA Benissa

١٩٢٠٢٦

1 BISOLVOMYCINE 16CP

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois.

2 SAFLU 250 µG

Inhaler 1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois.

3 CURTEC 10 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois.

4 VENTOLINE 100 MG

2 BOUFFEES SI GENE RESPIRATOIRE A RENOUVELER  
ET EN CAS DE TOUX

Dr Rachid INCHAOUH

Pharmacie FEDDAN EL KHEIR  
Dr. Dounia YOUSSEF  
G.H. Feddan El Kheir Km 13  
Route Principale, N° 100 Rabat  
Sidi Bennoussi - CASA  
273 52 60

Dr. Rachid INCHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
13, Rue Ain Taoujtate - Casablanca  
Tél.: 0522 48 03 94 - 0522 20 47 40

13 زنقة عين توجطات - إقامة إل باس - الطابق الأول ( قرب مصحة بدر ) الدار البيضاء  
13, Rue Ain Taoujtate - Résidence Iliass 1er. Etage (en Face Clinique BADR) Casablanca  
Tél.: 0522 480 894 / 0522 204 740  
الهاتف:

**SAFLU** 250 microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses



LOT: GB91602  
PER: 08/2022  
PPV: 185 DH 00

GIAK  
Ain E  
Région

**Cipla Maroc**

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

Lot  
EXP  
CJ7R  
08/2021

PPV: 19DH80  
PER: 12/24  
LOT: T2957

**Bisolvomycine**   
Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés



PPV: 88DH00  
PER: 08/22  
LOT: I12912

**Curtec® 10 mg**   
Cétirizine  
30 comprimés sécables



PPV: 88DH00  
PER: 02/23  
LOT: J523-2

**Curtec® 10 mg**   
Cétirizine  
30 comprimés sécables



LOT: GB91436  
PER: 07/2022  
PPV: 185 DH 00



PPV: 19DH80  
PER: 12/24  
LOT: I12957

**Bisolvomycine**   
Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés



**Bisolvomycine**   
Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés



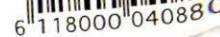
PPV: 19DH80  
PER: 12/24  
LOT: I12957

PPV: 88DH00  
PER: 08/22  
LOT: I11912

**Curtec® 10 mg**   
Cétirizine  
30 comprimés sécables



PPV: 19DH80  
PER: 12/24  
**Bisolvomycine**   
Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés



PPV: 19DH80  
PER: 12/24  
LOT: I12957

**Bisolvomycine**   
Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés



PPV: 19DH80  
PER: 08/24  
LOT: I12957

**Bisolvomycine**   
Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés



PPV: 88DH00  
PER: 08/22  
LOT: I11912

**Curtec® 10 mg**   
Cétirizine  
30 comprimés sécables

