

# 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 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- 051390

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Houri Abderrahmane  
Date de naissance : 01/01/1946  
Adresse : Résidence pour Amira my ABDELH/EL Badide  
Tél. : 06 72 83 51 37 Total des frais engagés : 935,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : AICHA RHAZLANE Age : 51  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie chronique  
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

Le : 16/06/2020

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HACIENDA</b> Dr. AMRANI Mohamed 85, Lot, El Kameh SIDI BOUZIG 081-35-85-85	16/06/2020	935,20

### 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	

### 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**AMRANI MOHCINE**


*Docteur en Pharmacie*

65, Lot EL KAMAL SIDI BOUZID - Tél. : 0523 34 86 75 - GSM : 0678 10 40 27

E-mail : haciendaamrani@gmail.com - Patente 42160328 - RC : 17634

**FACTURE**

El Jadida, le 16/01/2020

<u>MEDICAMENTS</u>	<u>Qté</u>	<u>P.U</u>	<u>P.Total</u>
Colonah 25	08	116,90	935,20
			

PHARMACIE HACIENDA

Dr. AMRANI Mohcine

65, Lot El Kamal

SIDI BOUZID

Tel 0523-34-86-75

Arrêtée la présente facture à la somme de : 935,20

# Coronat<sup>®</sup> 25 mg

Carvédilol

Voie orale

30 Comprimés



| TECNIMED GROUP

Lot: PD0451A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90

# Coronat® 25 mg

Carvédilol

Voie orale

30 Comprimés



TECNIMED GROUP

Lot: PD0451A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90

# Coronat® 25 mg

Carvédilol

Voie orale

30 Comprimés



TECNIMED GROUP

Lot: PD0451A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90

# Coronat® 25 mg

Carvédilol

Voie orale

30 Comprimés



TECNIMED GROUP

Lot: PD0451A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90

# Coronat<sup>®</sup> 25 mg

Carvédilol

Voie orale

30 Comprimés



| TECNIMED GROUP

Lot: PD0451A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90



# Coronat® 25 mg

Carvédilol

Voie orale

30 Comprimés



| TECNIMED GROUP

Lot: PD0451A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90

# Coronat® 25 mg

Carvédilol

Voie orale

30 Comprimés



TECNIMÉDE GROUP

Lot: PD0451A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90

# Coronat® 25 mg

Carvédilol

Voie orale

30 Comprimés



TECNIMÉDE GROUP

Lot: PD0451A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90