

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-439096

35770

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 05236 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AYOUT HASSAN

Date de naissance : 14/09/64

Adresse : 444 AV ABDELLAH RUE 229 NRYC CABA

Tél. : 0661403847

Total des frais engagés : 133,80 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 : CASABLANCA Le : 05/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

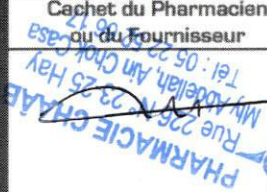
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

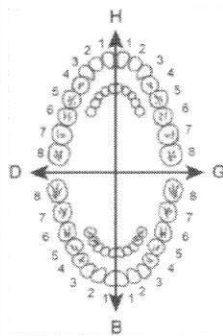
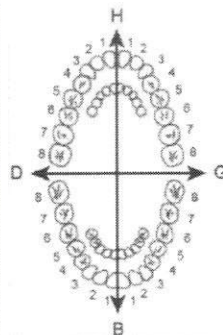


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/2020	1313,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					



Mh-05936

# **DÉCLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr. M. EL AMRANI

Certifie que Mlle, Mme, M. M. R. Agouj Hamou

Présente HTA + Diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

PHARMACIE CHAAB

Rue 220 N° 23-25 Hay

M. Abdelhak Ain Chok Casa

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 205.00 DH

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 205.00 DH

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 205.00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 081233

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 081233

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 081233

PHARMACIE CHAAB  
Rue 220 N° 23-25 Hay  
M. Abdelhak Ain Chok Casa  
Tel : 05 22 52 66 17

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 205.00 DH

6 118001 030132  
COTAREG 160/12.5 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 203.00 DH

6 118001 030132  
COTAREG 160/12.5 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 203.00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 081233

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 081233

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 081233

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 01/2022  
LOT 90039 8

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 02/2022  
LOT 90039 10

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 1

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 02/2022  
LOT 90039 14

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 02/2022  
LOT 90039 14

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V : 54DH00  
6 118001 010531

unich - Allemagne  
A.R.L.  
PPC: 94 DH  
ES.5.246.16

PAT:34022777/RC:267538/CNSS:6067822/ID : 51003645/ICE :000494720000042/INPE 092018076