

# 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.

## Éducation :

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

Nº P19- 062308

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2131

Société : 39191

Actif  Pensionné(e)

Autre : Remarque

Nom & Prénom : Mohamed

Réf. RG 00

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05.36.50.12.09 Total des frais engagés : 150 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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-062308

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 : .....

02.10.09 /2010

Jan  
Covin

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2135

Nom & Prénom

Mohamed REGUEGU

Fonction :

Retraite

Phones : 05.36.50.13.09.

Mail : HAY ELANDALEUS Re. N° Bouhlali 0.82.04.0

MEDECIN

Prénom du patient

LAMRABJI YAMINA

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

1956

Date 05 AOUT 2020

Nature de la maladie

Date 1ère visite

coqueluche .. ptit coquel

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

200

PHARMACIE

Date

05/08/2020

Montant de la facture

37330

PHARMACIE AL HUDAIA  
Mme Naima BEN AZZI  
Doktor en Pharmacie  
Rue Sanabil - Hay Elandaleus  
Tel.: 05.36.50.01.55  
INPE : 062005455

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV



INPE : 082005455

**Dr. MEZIANE EL MOSTAFA**

Diplômé de Senologie  
et d'Échographie

Médecin Expert Assermenté

CABINET MEDICAL

Bd. Maghreb Al Arabi Imm. des Habouss  
Tél. / Fax : 05 36 68 38 60 - OUJDA

**الدكتور مزيان مصطفى**

حاصل على دبلوم أمراض الثدي  
والكشف بالصدى

طبيب خبير محلف

عيادة طبية

شارع المغرب العربي ( عمارة الحبوس )  
الهاتف/الفاكس : 05 36 68 38 60 - وجدة

Oujda, le 05 AOUT 2020 وحدة في

37330

wurabat

22.20

co dolipal 1mp

SV

84.40

Dol co dr

SV

168.20

Auxom cellul 19

SV

3200

Eurobor

SV

Dr. MEZIANE EL Mostafa  
Médecin Expert Assermenté  
ECHOGRAPHIE - SÉNOLOGIE  
Bd. Maghreb Al Arabi - imm. Habouss

37330

Rouiphes 20 XIX

SV

PPV: 22DH20  
PER: 01/22  
LOT: J098

**Codoliprane®**

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codéine 20 mg  
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

PPV: 86DH40  
PER: 12/22  
LOT: I2852-1

**DOLICOX 90 mg**

Etoricoxib  
7 Comprimés pelliculés



6 118000 041948

PPV: 168,20 DH  
LOT: 614283  
PER: 10/20

*15*  
**AUGMENTIN 1 g/125 mg**  
16 sachets



6 118000 160182

PPV: 64 DH 50

**RANCIPHEX® 20 mg**  
14 comprimés gastro-résistant  
Voie orale



6 118001 300792

Lot:

EXP:

PPV:

31-05-2023  
02-02-2023  
31-07-2023  
00 DHS

*32/00*