

## 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 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-555911

51330

Non Réglée

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1464 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Mr Barouti Mohammed Fouad

Date de naissance : 29-05-1945

Adresse : 2 Av. Allal Ben Abdellah - Fes

Tél : 0535 62 27 36 Total des frais engagés : 45,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : Mr Barouti HADJAT

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 : Fes

Le : 29/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

INP : | | | | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur<br><br><b>Pharmacie IDRISSE</b><br>KENZA IDRISSE KAITOUNE<br>Pharmacienne<br>Centre Commercial ACIMA Av. Allal B. F. 1<br>Abdellah Quartier Saâda<br>Tél : 05 35 94 43 10 | Montant de la Facture<br><br>4590 |

Montant de la Facture

45.20

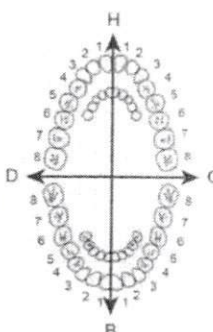
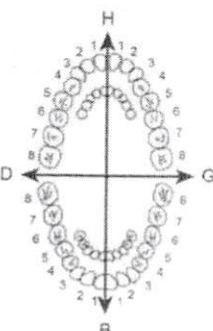
[illegible]Montant  
des Honoraires[illegible]Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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<br>Traitées   | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                     |             | 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

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 l'ODE

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Mme Hayat Barouti

Facture N° 24

Quantité

Désignation

3 Dolamine cp 15,30 45,90

DOLAMINE®  
Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 DH



6 118000 190394

DOLAMINE®  
Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 DH



6 118000 190394

DOLAMINE®  
Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 DH



6 118000 190394



صيدلية إدريس  
Pharmacie IDRISSIMA  
Kenza IDRISSI KAITOUNI  
P.U. Pharmacienne  
Centre Commercial ACIMA Av. Allal Ben  
Abdelhak Quartier Saâda - Fès  
Tél : 05 35 94 43 10



صيدلية إدريس  
Pharmacie IDRISSIMA  
Kenza IDRISSI KAITOUNI  
Pharmacienne  
Centre Commercial ACIMA Av. Allal Ben  
Abdelhak Quartier Saâda - Fès  
Tél : 05 35 94 43 10