

## 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 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 6 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.

N° W19-568967

55560

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 10512		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SABOUR AZIZ
Nom & Prénom : SABOUR AZIZ			
Date de naissance : 29.06.1959			
Adresse : May Oulfa, Rue 22 No 2.			
Tél. : 06 16001856		Total des frais engagés : 1000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 01/01/2021	
Nom et prénom du malade : SABOUR AZIZ	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Copjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA	
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 01/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/01/2021	4 005,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		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.											
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.											
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>							
				Coefficient des travaux <input type="text"/>							
				Montants des soins <input type="text"/>							
				Début d'exécution <input type="text"/>							
				Fin d'exécution <input type="text"/>							
		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>						
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	Montants des soins <input type="text"/>
		H	G								
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553								
		D	B								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>								
			Date de l'exécution <input type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION											

الدار البيضاء، في : ٠٩٠١٢٠٢١ Casablanca, le :

Gabor Aziz

18040 x3  
VISITARE 36mg

1 CPZ 2;

~~4005.80~~

Doktor  
Leiter El.  
Leiter  
Hausärztin Rodot  
Prof. Autoren-Arzt  
Nr. 05  
W. de la P. 2  
12-158582  
0000000000

LOT : 200531  
UT AV : 04/2023  
PPV : 155,90DH

150140

LOT : 191270  
UT AV : 07/2022  
PPV:155,90DH

150140

LOT : 191272  
UT AV : 07/2022  
PPV:155,90DH

150140

LYSOPURIC®  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 26,20 DH  
6 118000 190561

LYSOPURIC®  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 26,20 DH  
6 118000 190561

31,30  
05 2024  
201094  
LOT EXP  
PPV : 31.30  
31,30

31,30  
05 2024  
201094  
LOT EXP  
PPV : 31.30  
31,30

Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg cp b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg cp b 30  
P.P.V : 46,70 DH  
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg cp b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg cp b 30  
P.P.V : 46,70 DH  
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg cp b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg cp b 30  
P.P.V : 46,70 DH  
6 118001 080335

PPV:262DH00

MXGS0059  
CORALAN 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118001 130030

MXGS0059  
CORALAN 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118001 130030

PPV:262DH00

MXGS0059  
CORALAN 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118001 130030

MXGS0059  
CORALAN 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118001 130030

MXGS0059  
CORALAN 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118001 130030

MXGS0059  
CORALAN 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118001 130030

MXGS0059  
CORALAN 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118001 130030

MXGS0059  
CORALAN 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118001 130030

PPV:262DH00