

## 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
- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0011964

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : M. MOUSSI SOUAN

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 06 585 73246

Total des frais engagés : ..... 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 : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXÉCUTION DES ORDONNANCES

|                                        |      |                       |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|                                        |      | 58,20                 |

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

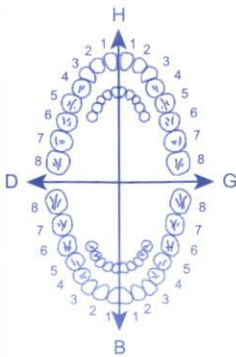
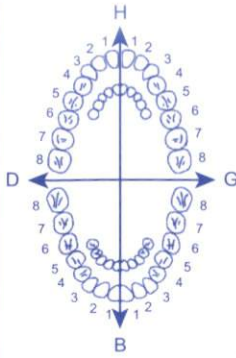
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 l'ODF.

| 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<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D<br/>             00000000<br/>             35533411           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             11433553<br/>             B           </div> </div> [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | 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"/>     |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



صيدلية أم الربيع

PHARMACIE OUM ERRABII

49 Bd Oued Oum Errabii

Hay Hassani Casablanca

Tél. 022.90.88.72

FACTURE PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Adnane BIDAHA

49 Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI

Casablanca, le 20/08/2012  
EL OULFA - CASABLANCA Tél.: 05 22 90 88 72

V/C N° :

Client :

MOUTI, SOUAD N° 7397

| Quantité | DESIGNATION                 | P.U.           | TOTAL |
|----------|-----------------------------|----------------|-------|
| 1        | Bentel<br>Vitamine D3 B.O.N | 37,30<br>20,90 |       |
|          |                             | 58,20          |       |

PHARMACIE OUM ERRABII  
Dr. Adnane BIDAHA  
49. Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI,  
EL OULFA - CASABLANCA Tél. 05 22 90 88 72

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37 30 DH  
ID: 649050  
6 118001 141354

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR  
6 118001 1272228  
PPV: 20,90 DH