

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1801 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : Oumaggany Fathia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : Fathia 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 N° P19-030164

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 :

## RELEVE 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 honoraires

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX**

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	25533412   21433552	
D	00000000   00000000	G	00000000   00000000	
	35533411		11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

Coefficient des	
Montant des soins	
Début d'exécution	
Fin d'exécution	
Coefficient des travaux	
Montant des soins	
Date du devis	
Fin de	



W16-054110

DATE DE DEPOT

...../...../201...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1801

Nom & Prénom OUAZZANY Fathia

Fonction Retraitee Phones 0661329221

Mail ouazzany-fathia@hotmail.com

## MEDECIN

Prénom du patient

FATHIA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 69 ans Date 25.04.2019

Nature de la maladie

HTA - CauHe

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

Medecin : Dr. Mazola, Hay Hassoun, Casablanca  
Examen : Dr. Mazola, Hay Hassoun, Casablanca  
Télé : 022 90 88 10, Fax : 022 90 88 10  
Date : 25.04.2019

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		200 DH

## PHARMACIE

Date 25.04.2019

Montant de la facture

306 p

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

12 JUIL 2019

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

CACHET

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف

غير لدى المحاكم

FATHIA

Casablanca, le :

8/10/13

05-05-2019  
الدار البيضاوي في المحاكم  
شارع زمامير، حي مولاي إدريس ثان  
الدار البيضاوي في المحاكم  
شارع زمامير، حي مولاي إدريس ثان  
Mazola, Hay Hassani, Casablanca  
Tél: 05 22 90 70 88 Fax: 05 22 90 97 66

1. Telestetic 50

1 y/T



3 Mise

2. Udoxic 100

1 y/T



3. Amoxil 1g

1 y/T

306,00

Maphar  
km 10 Route Citéââ 111,  
Oil Zemzata Ain sebaa 111,  
Tenoxic 60mg/12,5mg  
b300cp my  
P.P.V.: 68,10 DH  
6 118001 182350



Maphar  
km 10 Route Citéââ 111,  
Oil Zemzata Ain sebaa 111,  
Tenoxic 60mg/12,5mg  
b300cp my  
P.P.V.: 68,10 DH  
6 118001 182350

Maphar  
km 10 Route Citéââ 111,  
Oil Zemzata Ain sebaa 111,  
Tenoxic 60mg/12,5mg  
b300cp my  
P.P.V.: 68,10 DH  
6 118001 182350



PPV: 55,00 DH  
LOT: 601515  
PER: 04/20

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



6 118001 160038

LOT 190342  
EXP 02 2023  
PPV 46.70 DH

6. طريق مولاي الحفيظي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسي  
mi (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 05 22 90 70 88 Fax: 05 22 90 97 66  
E-mail : drgzsa@gmail.com