

# **INDICATIONS 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.

## **Diagnostic 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.

## **Prothèse :**

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**

Déclaration : contact@mupras.com  
Demande 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.

Siège : 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**

N° P19- 0043613

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

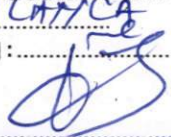
### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1198 Société : RAM RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RAM RAM ADMAFO  
Date de naissance : 02/03/19  
Adresse : BORDJ MAAAROUF ESSAADA I M2225  
Tél. : 06 14290189 Total des frais engagés : 49,50 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 : CASABLANCA Le : 24 / 09 / 2019  
Signature de l'adhérent(e) : 



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin de</b> <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Signature du praticien : _____ Date : _____	
--	--

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>RAMRAM CHAFI</u>	Mle <u>1196</u>
<b>DECLARATION N°</b>	<u>W18-402546</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
<u>02/09/19</u>	<u>457,50</u>	<u>03 Pages</u>
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

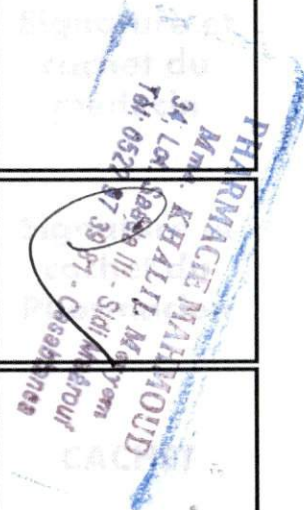


W18-4025

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>1196</u>	
Nom & Prénom : <u>RAMRAM CHAFI</u>			
Fonction : <u>Retraité</u>	Phones : <u>0614294189</u>		
Mail : .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date .....	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>PHARMACIE</b>	Date : <u>2.9.19</u>		
Montant de la facture	<u>457.50</u>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



CASA Le 2-9-19

PHARMACIE MAHMOUD  
Mme. KHALIL Meryem  
34, Lot. Saida III - Sidi Maârouf  
Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca

Facture

N° 32

N: MARTIAL SAMIR

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
3	lancets Stylo	1/210	457.50
<p>« Arrêté la présente facture à la somme de quatre Cent cinquante Sept DH Socts »</p>			
<p>PHARMACIE MAHMOUD Mme. KHALIL Meryem 34, Lot. Saida III - Sidi Maârouf Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca</p>			

 **Lantus**

100 Unités/ml  
solution injectable  
solution for insulin glargine

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



5 118001 081608

100 Unités/ml  
solution injectable  
solution for insulin glargine  
b1 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
Ain sebaa Casablanca  
Route de Rabat - R.P.1,  
Sanofi-aventis Maroc

 **Lantus**

 **Lant**

100 Unités/ml  
solution injectable  
solution for insulin glargine

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH

