

# 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.

## Biologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040499

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 3556 ..... Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....


Nom & Prénom : Abdelmounai Bachila

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 : ..... 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-040499

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 : .....



**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 prothèse ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des														
				Montant des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>2,433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>1,433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H	G	25533412	2,433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	1,433553	
	H	G																
25533412	2,433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	1,433553																	
(Création, Réfection, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, préventive à la profession				Date du devis														
				Fin de														

<b>VOLET ADHÉRENT</b>	NOM: .....	Mlle
<b>DECLARATION N°</b>	W17-119056	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nombre de pièces jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

**MUPRAS**  
Mutuelle d'Assurance  
Société d'Assurances  
Sociales  
de l'Algérie

W17-119056

DATE DE DEPOT ...../...../201...

**RECEVUE PAR L'ADHÉRENT** Mlle 3550

N° S. Prénoms **ABDEL MOUMNI Rachida**

Adresse **Bethraïee** Téléphone **0666 78 86 34**

N° ..... Prénoms du patient **Abdel Moumni** **ABRAHMA**

Adhèrent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age ..... Date **15/07/19**

Nature de la maladie **Geste Abdel** Date 1ère visite .....

Séjour d'un accident : Causes et circonstances .....

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>CG</b>	<b>1</b>	<b>300,00 DH</b>

**DATE DE LA FACTURE** Date **25/07/19**

**17400**

**24/07/2019**

**B190** **17900 DH**

**LABORATOIRE AARAB**  
**ANALYSES MEDICALES**  
47 Bis, AV. Nations Unies - OUJDA  
Tél: 05 36 68 65 53

**PHARMACIE JELLOULI**  
Dr. Redouane JELLOULI  
Rue Ahmed Mokhtar N°10, Hay Najd 1  
Tél: 05 36 54 10 10 - OUJDA

**ACCUEIL**  
**13 SEP. 2019**

Dr.ZAHRAOUI Oukacha

نسخة

Chirurgien  
Spécialiste en Chirurgie Générale  
Coelio-Chirurgie  
Echographie



IBN SINA  
CLINIQUE

جيب جراح  
اختصاصي في الجراحة العامة  
الجراحة بالمنظار  
الفحص بالمصدى

## Ordonnance

Oujda, le 28/07/19

Abdelhakim

Rachid

Belkacem

Youssef



Belkacem



Dr ZAHRAOUI Oukacha  
CHIRURGIEN  
Clinique IBN SINA

PHARMACIE JELLOULT  
Dr. Redouane JELLOULT  
Rue Ahmed Mokhtari N°10, Hay Naïd  
Tél: 05 36 54 10 10 - OUJDA

شارع الحسن الثاني طريق سيدي يحيى - وجدة

BD.Hassan II, Route Sidi Yahya-oujda Tél : 05 36 50 27 10/11 - Fax : 05 36 50 27 01

Dr.ZAHRAOUI Oukacha

Chirurgien  
Spécialiste en Chirurgie Générale  
Coelio-Chirurgie  
Echographie



الدكتور زهراوي عكاشة

طبيب جراح  
اختصاصي في الجراحة العامة  
الجراحة بالمنظار  
الفحص بالمصدى

## Ordonnance

Oujda, le 25/07/19

Abdel Mounir

Abdel Mounir

J. M.

✓

R.P.

✓

P.P. P.C.

✓

L.M.

LABORATOIRE AARAD  
ANALYSES MEDICALES  
47 Bis, Av. Nations Unies - OUJDA  
Tél: 0536 60 10 25 - Fax: 0536 60 10 26

Dr ZAHRAOUI Oukacha  
CHIRURGIEN  
Clinique IBN SINA

شارع الحسن الثاني طريق سيدي يحيى - وجدة

BD.Hassan II, Route Sidi Yahya-oujda Tél : 05 36 50 27 10/11 - Fax : 05 36 50 27 01



## CHECK-LIST

### DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE	Nombre
<input type="checkbox"/> Copie des résultats	
<input type="checkbox"/> Facture	
<input type="checkbox"/> Ordonnance	
<input type="checkbox"/> Pli confidentiel	
DENTAIRE	
<input type="checkbox"/> Accord préalable <u>avant</u> le traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	
<input type="checkbox"/> Facture	
<input type="checkbox"/> Radio <u>après</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	
<input type="checkbox"/> Radio <u>avant</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	
<input type="checkbox"/> Restitution des anciennes prothèses	
HOSPITALISATION	
<input type="checkbox"/> Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/> Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/> Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/> Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/> Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale	
<input type="checkbox"/> Entente préalable	
<input type="checkbox"/> Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/> Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/> Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	
OPTIQUE	
<input type="checkbox"/> Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/> Ordonnance	
REEDUCATION	
<input type="checkbox"/> Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/> Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/> Facture	
PHARMACIE	
<input type="checkbox"/> Ordonnance *	
<input type="checkbox"/> Vignettes des médicaments PPV **	

\* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

\*\* Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:	Matricule:	FS n°:
		W19-390868

Signature de l'adhérent

MUPRAS

# LABORATOIRE AARAB D'ANALYSES MEDICALES

47 Bis, Avenue des Nations Unies - Oujda

Tél. 05 36 68 10 26 Fax. 05 36 68 65 56 Email: laboratoire.aarab@gmail.com

INPE: 083060442 T.P: 10702807 I.F: 35805660 CNSS: 8074172 ICE: 001668138000090

Assuré

Matricule

NC

Bénéficiaire

ABDELMOUMNI RACHIDA

Prise en charge N°

Prescripteur

ZAHRAOUI OUKACHA

FACTURE N° 86588

Facturé le : 24/07/2019

## Analyses :

URÉE

B 30

TP+ INR

B 40

TCA

B 40

NUMERATION FORMULE SANGUIN-NFS

B 80

Total analyses :

170,00 Dh

## Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements :

0,00 Dh

Total <<B>>

190

Soit un montant total :

170,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE DIX DIRHAMS

LABORATOIRE AARAB  
ANALYSES MEDICALES  
47 Bis, AV. Nations Unies - Oujda  
Tél: 0536 68 10 26 Fax: 0536 68 65 56