

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

## Instructions 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.

## Educational :

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 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-

49860

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5048

Société : RM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LEBBAR ANINE

Date de naissance : 3/01/64

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LEBBAR ANINE

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) :

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



## 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																	
				<b>Coefficient des travaux</b>																
				<b>Montant des soins</b>																
				<b>Début d'exécution</b>																
				<b>Fin d'exécution</b>																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>																
	<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				<b>Montant des soins</b>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>																	
			<b>Fin d'exécution</b>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

### VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° **P 14/0017466**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Cachet  
MUPRAS

**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



**P 14/0017466**

DATE DE DEPOT

/ / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <b>SOYER</b>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <b>LEBBAR Amin</b>			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>55 ans</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<b>Syndrome BILLOUP</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<p>PHARMACIE</p> <p>ZI Zenata Ain Sebba Casablanca, Maroc</p> <p>LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30</p> <p>P.P.V. : 116,80 DH</p> <p>6 118001 181636</p>		<p>912.30</p> <p>PHARMACIE SOULAIMA</p> <p>YOUSRA LAHLOU</p> <p>Rés. Les Jardins de Californie, 2</p> <p>Bd. de Fes Imm. 1 Californie</p> <p>Casa. Tél. 05 22 21 98 94</p>	
<p>PHARMACIE</p> <p>ZI Zenata Ain Sebba Casablanca, Maroc</p> <p>LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30</p> <p>P.P.V. : 116,80 DH</p> <p>6 118001 181636</p>		<p>Date</p>	
<p>PHARMACIE</p> <p>ZI Zenata Ain Sebba Casablanca, Maroc</p> <p>LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30</p> <p>P.P.V. : 116,80 DH</p> <p>6 118001 181636</p>		<p>LOT 161450</p> <p>UT AV 07 2020</p> <p>PPV 46.70 DH</p>	
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Nombre			
AM	PC	IM	IV
<p>aspen</p> <p><b>ZYLORIC 100 mg</b></p> <p>Boîte de 100 comprimés</p> <p>A.M.M. N° 63 DMP/INTT</p> <p>SOTHEMA BOUSKOURA</p> <p>Remboursable AMO</p> <p>6 118000 022268</p>			

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous



**الدكتورة زينب السلاوي الديوري**

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 59 2019 : الدار البيضاء، في :

MR LEBBAR Amine

46.70

Zyflonic 200

S.V

46.70 x 2 Scp mini

S.V

Liponthyl 260

3 mois

Scp K Scp

112.00 x 6

REGENIT

3 mois

Scp x 2 / par

3 mois

= 512.30

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux  
et Rue Dubreuil - Casablanca  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

**PHARMACIE OULAIMA**  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU  
Rés « Les Jardins de Californie 2 »  
Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94