

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Prothèse 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

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° P19-0038085

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2312 Société : .....

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

Nom & Prénom : Makhtar NAJIB

Date de naissance : 16-09-19

Adresse : .....

Tél. : 0767073901 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° P19-038085

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 prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <u>MOKHATTAR NADJIB</u>	Mle <u>2312</u>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 17 / 051828</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	<u>1004.10</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			
<b>Cachet MUPRAS</b>			



P 17 / 051828

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>2312</u>	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom <u>MOKHATTAR NADJIB</u>			
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0767073901</u>		
Mail <u>nadjib2@hotmail.com</u>			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <u>MOKHATTAR Nadjib</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>67 ans</u>
Nature de la maladie			Date <u>16 SEP. 2019</u>
<u>Trouble Digestifs + H.B.P.</u>			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes <u>C</u>			
Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
<u>1</u>		<u>1500</u>	
<b>PHARMACIE</b>		Date <u>16.09/19</u>	
Montant de la facture		<u>854,20 DA</u>	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		<b>CACHET</b>
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			



Docteur Haj GUENNOUN Mohamed

MEDECINE GENERALE

EXPERT ASSEMENTE

ECHOGRAPHIE

الدكتور الحاج غنون محمد

الطب العام

خبير محلف

الفحص بالصدى

16 SEP. 2019

Casablanca, le : ..... في الدار البيضاء

MOKHATTAR Najib

PPV: 113 DH 70

113.70 Reniphen

32.10 Antico

Efitac

Bertra

Redelux

Sachets

No Epa 80

Unna

Lot n°: 76.00  
Aut.av.: 01/22

010519  
01/22

BEVIRAN FORT®  
doxycycline 200 mg  
Boîte de 30 comprimés

PPV: 44.00 DH

6 118000 1309 3

BEDELIX 3G  
SACHETS B30

P.P.V.: 57DH70

LOT: 8MA214  
PER: 10 2023  
118000 010234

NO-SPA FORTE 80MG  
CP B20

P.P.V.: 45DH00

LOT: 9MA004  
PER: 12 2021  
6 118000 061816

96، زنقة وليلي - حي العيون - درب السلطان - الدار البيضاء

96, Rue Walili - Hay Laâyoun Derb Soltan - Casablanca

Tel : C. : 05.22.28.99.79 / D. : 05.22.61.85.40 - GSM : 06.61.15.56.19



LOT 181539  
EXP 06/2020  
PPV 121.40DH

LOT 181539  
EXP 06/2020  
PPV 121.40DH

LOT 190502  
EXP 12/2020  
PPV 121.40DH

LOT 181539  
EXP 06/2020  
PPV 121.40DH