

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Nº P19- 0037509

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1282 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ZARKI

*Hustaphex*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 11 89 71 76 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 23/09/2019



# 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>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>

**O.D.F.**  
**Prothèses dentaires**

Détermination du coefficient masticatoire			
	H		
D	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-366021	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
3000 Dt 88900 Dt		
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		



W18-366021

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom : ZARKI MUSTAPHA

Fonction : ..... Phones : 0611887126

Mail : GRAY FATH N. 147 CASP

MEDECIN

Prénom du patient

Mme MADDAH Melika

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age né : 1958 Date : 01/08/10

Nature de la maladie

Date 1ère visite

lithiasè vesiculaire

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

06/09	Echographie abdominale	300 Dhs
20/09		

PHARMACIE

Date : 04 Sept 2019

Montant de la facture

289,000 Dhs

ICE: 000489360000038

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV



Dr. Meriem EL OUARDI

Spécialiste

Maladies de l'Appareil Digestif

foie-estomac-intestin-vesicule biliaire  
hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Membre de la société nationale  
française de gastro-entérologie  
Echographie- gastroscopie-coloscopie  
Proctologie médicale et chirurgicale



الدكتورة مريم الوردي

إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد - المعدة - المراة - الاماء

ال بواسير - أمراض المخرج

خريجية كلية الطب بالدار البيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالصدى الفحص بالرنضار

جراحة المخرج

Casablanca, le :

06 / 09 / 19

Mme MADDAH Malika

$$84,80 \times 2 = 169,60$$

3/ prez en 50 mp

04 Sept 2019

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

Op by el ouardi  
Hépato-Gastro Entérologue  
et Proctologue  
Lot. Haj Fath 6, Imm 10 Oued  
CASABLANCA Tel: 05 22 90 72 98

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,00 DH

190173

03/2022

L/ 40,40  
40,40 Meteospasmyl  
3/ 1- 1- 1

3/ Apiscol sirup  
79,10

3/ 100 x 3/ 100  
04 Sept 2019

TOTAL = 289,40 DH

PPV: 84DH80  
PER: 04/22  
LOT: I844

84,80

PPV: 84DH80  
PER: 04/22  
LOT: I844

84,80

**Dr. Meriem EL OUARDI**

**Spécialiste**

**Maladies de l'Appareil Digestif**

foie-estomac-intestin-vesicule biliaire  
hémarroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale  
française de gastro-entérologie  
Echographie- gastroscopie-coloscopie  
Proctologie médicale et chirurgicale



**الدكتورة مريم الورضي**

**إختصاصية**

في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد - المعدة - المراة - الاماء

ال بواسير - أمراض المخرج  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي  
الفحص بالصدى الفحص بالمنظار  
جراحة المخرج

Casablanca, le :

04/09/19

Mme M A DDAH Mlikha

Note d'hôpital

Echographie

abdominal

300 Dh

Dr. Meriem EL OUARDI  
Hépato - Gastro - Entérologue  
et Proctologue  
Lot Haj Fateh, Imm 10 Oulfa  
CASABLANCA Tel: 05 22 00 72 00