

# 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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- 0038340

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02492 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : Lalla Zohra

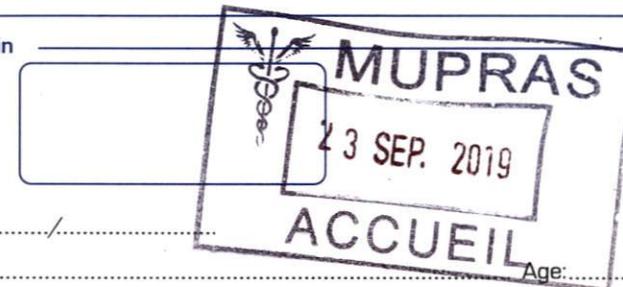
Date de naissance : .....

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.

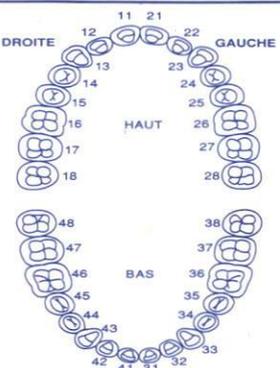
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

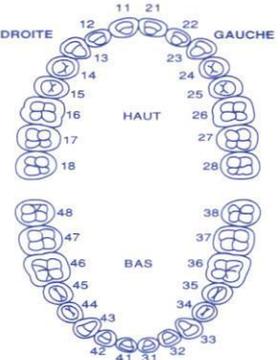
Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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> <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"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient mastocatoire													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	D	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<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 d'exécution</b> <input type="text"/>
H														
25533412	21433552													
D	G													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>	<b>P 17/0057618</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<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		
Cachet MUPRAS		



P 17/0057618

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	<b>Mle</b> 02492
Nom & Prénom.....	
Fonction.....	Phones.....
Mail.....	

Signature de l'adhérent

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>LAQLACH ZOHR A</b>
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>
Enfant <input type="checkbox"/>	Age.....
Nature de la maladie	Date <b>15/08/19</b>
<i>précarial gis</i>	Date 1ère visite.....

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>15/08/19</i>	<i>15</i>	<i>1800DH</i>

<b>PHARMACIE</b>	Date <b>19.08.2019</b>
Montant de la facture	<b>88,10DH</b>

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date.....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

CACHET

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date.....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

# Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux

Explorations  
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إختصاصية في أمراض  
القلب و الشرايين  
استكشاف أمراض  
القلب و الشرايين

Handwritten signature in Arabic script.

Handwritten text: *de pload 2880*

PPV  
LOT  
PER  
28,80

28,80

Handwritten text: *Vitamenit par  
1 cp x 2j*

Handwritten '5%' in a red circle.

59,30

Handwritten text: *Bioxim*

Handwritten '5%' in a red circle.

LOT 18005  
PER 09/21  
PPV 59,30  
Barcode

Handwritten text: *2880*

88,10

PHARMACIE EL AMMI  
Mr. MAHMOUD  
Pharmacien  
Tel: 05 22 61 13 19

Dr. Siham BELAICHE  
Cardiologue  
Angle Bd. Ibn Tachefine et Adraa  
El Mourakouchi 3ème Etage N°5  
Casablanca - Tél: 05 22 61 11 33

زاوية شبارع ابن تاشفين وابن العدرء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

(فوق أسيا و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5  
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33