

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## iologie 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- 0040101

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8612 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUZOUL Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 95 56 652 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : JSSAM AGOUZOUL 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 : .....

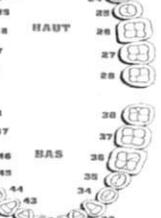
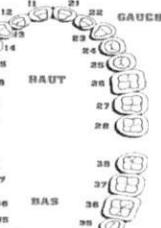
Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

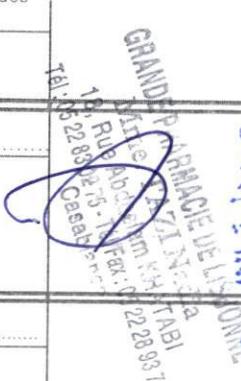
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
		D	H	G	<input type="text"/>
		25533412 00000000	21433552 00000000		<b>Montant des soins</b>
		00000000	00000000		<input type="text"/>
		35533411	11433553		<b>Date du devis</b>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
					<b>Fin de</b>
<b>VOLET ADHERENT</b>	<b>NOM :</b>				<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>W18-396615</b>			
Date de Dépot	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					



W18-39661

DATE DE DEPO

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	
Nom & Prénom .....			
Fonction : .....	Phones.....		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie .....		Date 1ère visite .....	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>PHARMACIE</b>	Date .....		
Montant de la facture .....		 25.06.19 NT3.20 420.00	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : .....			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

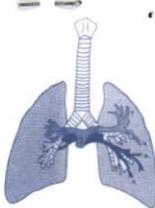
# Dr. Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires

Diplômé de la Faculté de médecine

de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies  
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



# الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

خريج كلية الطب بتولوز

الضيق - السل - الحساسية

## Mr AGOUZOUL Issam

25.06.2019

Casablanca, Le : .....

185,00

1 SAFLU 125

Inhaler 2 bouffées le soir, pendant 30 jours.

210.00

2 FLOWAIR10 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois. 1 heure avant le coucher

3 LOREUS 5 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 30 jours.

48.20

493.20

Dr Rachid INCHAOUH

Dr. Rachid INCHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires - CASA  
3, Rue Ain Taoujat - Tél.: 05.22.48.08.94

Dr. Rachid INCHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires - CASA  
3, Rue Ain Taoujat - Tél.: 05.22.48.08.94  
Pharmacie ATTANAQUA  
123, Bd Al Moutawakkil - Casablanca  
Téléphone: 05.22.48.08.94  
Email: drinchaouh@yahoo.fr

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE  
Mme. TAZI Nada  
Tél.: 05.22.83.02.75 - 76 / Fax: 05.22.28.98.76  
Casablanca

زنقة 33 بين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول - قرب مصحة بدر - الدار البيضاء

13, Rue Ain taoujat-Résidence Iliass 1<sup>er</sup> Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca  
Tél.: 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40  
الهاتف :

PPV : 210,00 DH

PPV : 210 DH

LOT: GB81779  
PER: 10/2021  
PPV: 185 DH 00

78,20

07 Y 1 J 2020  
PER : 12/2021  
LOT : 14.07.20

