

# 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.

## Educations :

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- 0043954

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1093 VIDERST Société : 22237

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADI Naja

Date de naissance : 29/01/1995

Adresse : 43 Rue Belkacem Beaufort

Tél. : 0522281078 Total des frais engagés : 285,90 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 : Casablanca

Le : 20/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10.02.2022

± 285,907

**PHARMACIE MALIKA**  
Dr. L. EL BAR MALIK  
579, Boulevard Moudir  
Tél : 05 42 80 75 59

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant  
des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Praticien

Date des  
Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

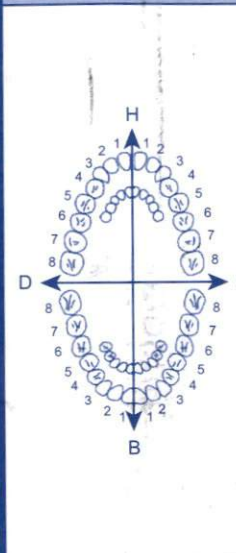
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552  
00000000 00000000

D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553

B

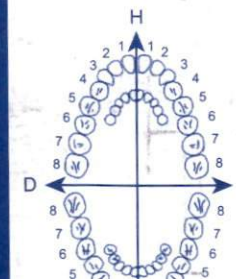
COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS



1163 002206973000090

LOT N°: B21818

UT. AV.: 03/2020 P.P.V: 39 30

LOT N°:

UT. AV.:

P.P.V

**PHARMACIE MALIKA**  
Dr LEBBAR MALIKA  
579, Boulevard Moudibouketa  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 75 59

## PHARMACIE MALIKA

579, BD. MOUDIBO-KEITA

CASABLANCA

Tél : 0522.80.75.59

Patente : 34632125

LOT N°: 1 2 6 8 4 1 1

UT. AV.:

09 21

P.P.V

LOT 191702  
EXP 11/2022  
PPV 28,00DH

LOT 191699  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

**Facture N° 502 971 Du 10/02/20**

Client : DERSI

NAJIA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE PRIX
CO	ALDACTAZINE CP	3	39,30	117,90
CO	GLUCOPHAGE 1000 MG/30 COMPRIME	6	28,00	168,00
2	Total	9		285,90

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
DEUX CENT QUATRE-VINGT-CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

**PHARMACIE MALIKA**  
Dr LEBBAR MALIKA  
579, Boulevard Moudibouketa  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 75 59