

## 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.

### Radiologie 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.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-450786

|  |  |   |                                 |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie                    | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>26735</b>                    |  |   |                                 |
| Matricule :  | 0599   | Société :                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom : <b>HATTOU Ahmed</b>                             |  |   |                                 |
| Date de naissance : <b>15/3/1944</b>                           |  |   |                                 |
| Adresse : <b>Rue Youssef Grot Bloc 4 n°6 CASAB</b>             |  |   |                                 |
| Tél. : <b>066 288 4383</b> Total des frais engagés : _____ Dhs |  |   |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :<br>   |  |  |  |
| Date de consultation : <b>09/03/2005</b>  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : <b>HATTOU Ahmed</b> Age : <b>75 ans</b>   |  |  |  |
| Lien de parenté : <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **09/03/2005** Le : **09/03/2005**

Signature de l'adhérent(e) :

|  |               |
|--|---------------|
| VOLET ADHÉRENT   |               |
| Déclaration de maladie   | N° W19-450786 |
| Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.<br>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 : _____  |               |

**RELEVE 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       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/03/2020      | SOINS DENTAIRES   |                       | 300,00                          | INP : 00000000000000000000000000000000<br>Dr KADIJA S. A. CASABLANCA |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ROYAL                        | 09/03/2020 | 654,00                |

**ANALYSES - RADIographies**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP :                            |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------------|
|                 |                |                  |             | 00000000000000000000000000000000 |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX          |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS               |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION                |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION                  |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX          |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS               |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS                    |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION              |

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433562 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 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'EXECUTION**



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 09/03/2020

M. AHMED HAJJOU



### 1) APROVEL Comprime Pellicule à 300 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

$$218,00 \times 3 = 654,00 \text{ DH}$$

دوائية روجي  
PHARMACIE ROUGE  
ROUTE DE RABAT - R.P. 1  
75, BLD L'INDEPENDANCE TÉL: 0522 25 36 00

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovaskulaires  
98, Rue KADI IASS - CASABLANCA  
Tél: 0522 25 36 00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
P.P.V: 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
P.P.V: 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
P.P.V: 218,00 DH  
6 118001 080908