

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

La 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010225

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26721**

Matricule : **0712** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **CHENNAÏ HAOUANE** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **05 22 52 55 96** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **16/04/2020**

Nom et prénom du malade : **Chenaiha Haouane** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Dr. abdel**

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) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0010225

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **0712**

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
16/04/2020	Ca		3000 Frs	
25				Timeline: C-15 Step 00-2 Etape N°1/22.4/22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	PHARMACIE MOUSSINE NMOUSSINE Etta 5334 AV 2 Mars Prolongée Maroc Casablanca - Tel. 0522 10896	Date	Montant de la Facture
		15/4/20	25230

## **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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

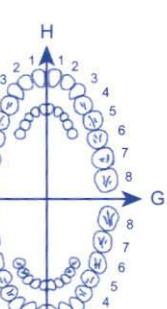
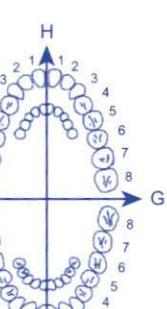
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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

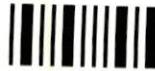
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	G	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV 40 DH 00  
PER 12/21  
LOT 12888



PPV 21 DH 00  
PER 01/23  
LOT J239

PPV 21 DH 00  
PER 01/23  
LOT J239

PPV 21 DH 00  
PER 01/23  
LOT J239

PPV 126 DH 00  
PER 01/23  
LOT J266



LOT : 191898  
UT AV : 12/2022  
PPV:99,00 DH

99,00

**COSTAL®** 20 mg  
Atorvastatine (DCI)

30 Comprimés pelliculés

6 118000 340737

LOT : 191898  
UT AV : 12/2022  
PPV:99,00 DH

LOT:

21,00  
PPV 21 DH 00  
PER 09/22  
LOT 12171

PPV 126 DH 00  
PER 10/22  
LOT 1249

PPV 126 DH 00  
PER 01/23  
LOT J266

LOT:08220001  
PER:02/2025  
PPV:49,00 DH

Flacon

**Diiformine® 1000 mg**  
Metformine  
30 comprimés pelliculés

6 118000 041283

**DIPREZAR®** ○  
Losartan 50 mg +  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg  
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

**DIPREZAR®** ○  
Losartan 50 mg +  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg  
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

**MYCODERME® 1%**  
Poudre dermatique

Flacon de 30 g

6 118000 230144

Sanofi-aventis Maroc ○  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Lantus SoloStar 100U/ml inj

b1 sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc ○  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Lantus 100U/ml, inj b6 sty

P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

