

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-450786

PD  
27/193

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0592 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : HASSOUA ABDELLAH			
Date de naissance : 15/03/1954			
Adresse : Rue Jules Massé cité calima Bloc 4 n° 6 Casab.			
Tél. : 06 62 88 43 83 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Docteur K. EL ABBAD</b>  <b>NEUROPSYCHIATRE</b>  <b>70, Bd. Zeïtouri Appt 3-Casa</b>  <b>Tel: 0522 22 33 31 / 0522 47 25 85</b> </div>			
Date de consultation : 30/04/2020			
Nom et prénom du malade : Ahmed Hajjaji Age: 75ans			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection neurologique			
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.			

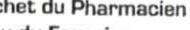
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-450786
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 : _____	
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
30/11/2020	163		350,00	INP 91047001 DOCTEUR YANNIS NEUROLOGIE 70, BIS AVENUE D'ESPAGNE TÉL 02 22 23 31 05 22 47 25 83

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>محلية روحى PHARMACIE ROHII KOM ABDALLAH DOCTEUR X 751 Bd CHOUAIB Tunisie 1000 Tunisia 1000 +216 33 23 10 45 50</p>	30/04/2015	1258,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### **AUXILIAIRES MEDICAUX**

## **VOLET ADHERENT**

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

#### **BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la(les) maladie(s) traitée(s), 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 : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <td>B</td> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
<hr/>																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid El Alj

Psychiatre - Psychoanalyste

الدكتور العلجم

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفساني

LOT : 037  
PER : MAI 2022  
PPV : 320 DH 00

LOT : 037  
PER : MAI 2022  
PPV : 320 DH 00

PPV : 227 DH 00

LOT : 027  
PER : MAI 2022  
PPV : 320 DH 00

19226.4.1  
10/2022  
35,70

Casablanca, le

30/04/2020

19226.4.1  
10/2022  
35,70

MONSIEUR AHMED HAJJOU :

360,00 1 - MEDIZAPIN 10 MG. CMP.  
1 cmp. le soir.

71,40 2 - ALPRAZ 0,5 MG. CMP. :  
½ cmp. au couche

227,00 3 - RANPIROL 1 MG. CMP. :  
1 cmp. le matin.

4 - QUETIAPHI 300 MG. CMP. :  
1 cmp. au couche

5 - DEPAKINE CHRONO 500 MG. CMP. :  
1 cmp. matin et soir

1258,40

صيدلية روحانی  
PHARMACIE ROHAN  
Khalid EL ALJ DOCTEUR  
70 Bd. Zerkouni App. 8-Casa  
Tél: 0522 23 31 / 0522 47 25 85

TRAITEMENT POUR 90 JOURS.

R.D.V

Docteur K. EL ALJ  
NEUROPSYCHIATRE  
70 Bd. Zerkouni App. 8-Casa  
Tél: 0522 23 31 / 0522 47 25 85