

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## 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.

## ique :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



*m d = 28679*

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019444

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7041* Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *retraite*

Nom & Prénom : *SADIK Fatma* Date de naissance : *15.02.1958*

Adresse : *168 Bld la Résistance n°23 case*

Tél. : *0634352666* Total des frais engagés : *1191,80* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *12/04/2020*

Nom et prénom du malade : *SADIK FATMA* Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *HTA + Diabète*

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 : *11/06/2020*

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0019444

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 : .....



# 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
18/04/2020	V.D		4300,00 DH	Dr. BROUK ANASS Omnipraticien 173, Rue 15, Hay Sofia, Oulfa, Casablanca dr.brouk@gmail.com 06 61 91 43 37

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAZ 80, Bd Oulfa Tél: 0532 35 32 35 INP 092050244	18/04/2020	891,80

# 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
		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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. BROUK Ahmed

06 61 91 43 37

Médecin des urgences

\* Consultation et soins à domicile

\* Hospitalisation à domicile

\* Médecin de famille

SADIK FATNA

Casablanca, le 18/04/2020

LOT:19156 PER:11/2022  
PPV: 21.00 DH

LOT:19156 PER:11/2022  
PPV: 21.00 DH

21.00 x 3  
1) Lipox

S.V.

38.75 - 0 - 1

2) Calatrust 24

PPV 38DH70  
EXP 12/2022  
LOT 90015 4

119.20 - 1 - 0  
3) Maniez 24

S.V.

**MANIÉZ 24**

068165

11/2021

1.00 - 1

49.60 x 2

4) D-Cine forte

S.V.

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

159.30 x 2 1/15  
5) Aprovel

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V.: 92DH10

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V.: 92DH10

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V.: 92DH10



92.10 x 3 1-0-0  
6) Annel 24

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaï Casablanca  
Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V.: 158,30 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaï Casablanca  
Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V.: 158,30 DH



Dr. BROUK Ahmed  
Omnipraticien  
Raf. Oulfa, Casablanca  
ail.com  
43 37

24H / 7J À domicile ou sur votre lieu de travail

173, Rue 15, Hay Safa, Oulfa, Casablanca

dr.brouk@gmail.com

06 61 91 43 37