

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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- 052721

Optique 33189  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10233 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Né(e) le : 05/08/1963

Date de naissance : 05/08/1963

Adresse : Bloc 60 N° 63 Sidi Othmane CASA

Tél. : 0664245206 Total des frais engagés : 150 + 167 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 57

Lien de parenté :  Lui-même

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b> <b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin de</b>											
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire														
		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">C</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	C	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
C	35533411	11433553														
<b>VOLET ADHERENT</b> <b>NOM :</b> Noureddine Nacif <b>Mle</b> 10233																
<b>DECLARATION N°</b> <b>W18-348132</b>																
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes														
150 + 167 D4	3 P															
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																



W18-348132

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT **Mle**

Nom & Prénom **Noureddine Nacif**

Fonction : **X Agent** Phones **0664245206**

Mail .....

**MEDECIN** Prénom du patient .....

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Nature de la maladie .....

Date **18/6/20**

Date 1ère visite

**Rectite**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>C.</b>	<b>C.</b>	<b>15004</b>

**PHARMACIE** Date **18/06/2020**

Montant de la facture

**167.00**

**Dr. AKKAD Mhamed**  
Médecin Généraliste  
N°61, Bd Mouloud Mabrouka  
Casablanca, Tel/Fax: 0522 38 62 21

**PHARMACIE EL HACCI**  
114 Bd 10 Mars  
Sidi Othmane  
Casablanca  
0522 55 77 80

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date : .....

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
.....	.....

**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date : .....

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
				.....

Dr. AKKAD M'hamed

Médecine Générale

Bd 10 Mars 1982 N°61, 1<sup>er</sup> Étage À Côté Du

Café Al Haouzia Mabrouka - Casa

Visite Enfant - Femme - Homme

Visite À Domicile

E-mail: docakkadmhamed@gmail.com



الدكتور العقاد محمد

الطب العام

الطابق الأول ( قرب مقهى الحوزية )

مبروكة - البيضاء

علاج الأطفال - النساء - الرجال

الفحص في المنزل

الهاتف: 05 22 38 62 27

## Ordonnance

م ١٨ (٦١٢٠)

MACTHIL E AL Haouzia

49.80

D

fray



87.00

G

Rainan



30.20

D

Mili



167.00

1 my, le

Dr. AKKAD M'hamed  
Médecine Générale  
N°61, Bd 10 Mars Mabrouka  
Casa, Tél/Fax: 0522 38 62 27

ملغ 500

BioVanic 500 mg  
5 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

adulte

**NIFLURIL**

EXP. 03/2022  
LOT. 80073 2

**NIFLURIL**

8 suppositoires à 700 mg



6 118000 030966

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V. 49DH80



6 118000 060062