

## 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, parodontologie 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

12 AOUT 2020

N° W19-476819

ACCUEIL

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3622 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Chti Bour BOHAFED  
 Date de naissance : 15-08-1959  
 Adresse : 61 laayane n° 16 - rue Sakhal  
 HAR HOUA - TETARA  
 Tél. : 0661181901 Total des frais engagés : 1321,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecin Cdt. Abderrahim RAISSI.  
 Professeur Assistant à la Faculté de  
 Médecine et de Pharmacie de Marrakech  
 Hématologie Clinique  
 Hôpital Militaire Avicenne

Date de consultation : 01/07/2020  
 Nom et prénom du malade : INANSAR WIDAN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : 20/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
01/02/20	C	5		<p> <b>Dr. Abdelhak RAIS</b>  <b>Professeur Assistant à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech</b>  <b>(Hématologie Clinique)</b>  <b>Hôpital Militaire Avicenne</b> </p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> <b>PHARMACIE EL SAADA</b>  <b>Fatima EL ANNASSI</b>  <b>Ctr. Commercial Lot. Larvigne</b>  <b>Hammouza - Tél.: 05 37 64 07 64</b> </p>	02/02/20	1321,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[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

M<sup>h</sup>  
**Médecin Cdt. Abderrahim RAISSI.**  
 Professeur Assistant à la Faculté de  
 Médecine et de Pharmacie de Marrakech  
 Hématologie Clinique  
 Hôpital Militaire Avicenne

428,00 x 3 = 1284,00

- Janumet 50/850

14 p x 81; (3m)

37,10

- Griseo Fung

Sept 2; (2j)

= 1321,10

**PHARMACIE ESSAADA**  
 Fatima ENNAJI  
 Ctr. Commercial Lot. Laayoune  
 Harhoura - Tél.: 05 37 64 07 64

**Médecin Cdt. Abderrahim RAISSI**  
 Professeur Assistant à la Faculté de  
 Médecine et de Pharmacie de Marrakech  
 Hématologie Clinique  
 Hôpital Militaire Avicenne

70027233/010414-1

6 118001 160488  
 JANUMET® 50/850 mg  
 AMM 58DMP/21/NCI  
 Boîte de 56 comprimés pelliculés.  
 DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 428,00 DH

70027233/010414-1

6 118001 160488  
 JANUMET® 50/850 mg  
 AMM 58DMP/21/NCI  
 Boîte de 56 comprimés pelliculés.  
 DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 428,00 DH

70027233/010414-1

6 118001 160488  
 JANUMET® 50/850 mg  
 AMM 58DMP/21/NCI  
 Boîte de 56 comprimés pelliculés.  
 DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 428,00 DH

PPV 37DH10 EXP 09/2021  
 LOT 89023 1