

# 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.

## Diologie 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.

## Educution :

- 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.

## Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne 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- 059841

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8042 Société : MUPRAS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : M. A. H. B. O. V. B. 17 ans

Nom & Prénom : M. A. H. B. O. V. B. 17 ans

Date de naissance : 1993

Adresse : NOUASSER

Tél. : 0663 79 3041 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				<b>Coefficient des travaux</b>												
				<b>Montant des soins</b>												
				<b>Début d'exécution</b>												
				<b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>													
			<b>Fin d'exécution</b>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14/0008546</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	<b>Cachet MUPRAS</b>
<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			



P 14/0008546

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 8042	<b>Signature de l'adhérent</b>
Nom & Prénom MAHB OUB Munkara			
Fonction Retraite	Phones		
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient NAIMA		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
dent Arthrose + dysfonctionnement			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
01 Cuihl	1	15000 Gans	
<b>PHARMACIE</b>	Date 10/04/20		
Montant de la facture	168,70		
104,60 <b>Pharmacie FATIMA</b> Dr. ARRACHIDI Samia Ang. Rue Chab. Boudia et rue Madina Berrechid - Tél: 0522 33 77 77			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN  
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

دكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام  
الفحص بالصدى

Berrechid, le

10 AVR. 2020

Nom :

~~ARRACHIDI~~ ICRAQUIA.  
W O I M A .

Pds :

TA : 1310

slp 99Pa.

- NALGESE (Gm)

28.50

A - A - A

- Vitanevit Rat

28.80

A - D - A

63.40

MAG 2

A - D - A

Dr. ESSOUBI Abderrahim  
128, Bd Mohamed V Berrechid  
Tél. / Fax : 05 22 33 75 70  
GSM : 06 50 43 56 34

168.70

Pharmacie FATIMA

Dr. ARRACHIDI Samia

Ang. Rue Okba Snou Nefi et rue Madina  
Berrechid - Tél.: 0522 33 77 77

17 AVR. 2020

KAMILI Bouchaib  
Pharmacie Ouled Hriz  
124, Bd. Mohamed V, Berrechid  
Tél: 0522 33 73 51  
INPE: 062047295

57.70



Bedd lux

1 - 0 - 1  
Ant Repy

46.90



Acti'carbide

104.60

Dr. ESSOUF Abderrahim  
128, Bd. Mohamed V, Berrechid  
Tél: 0522 33 75 70  
INPE: 062045634



Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N  1, 20180 Bouskoura  
Marrakech



63.40