

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

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.

## 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 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.

## ladie 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 caractére 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

Nº P19- 053376

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société : Ch1217

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DIANI MOHAMMED

Date de naissance : 11/11/1945

Adresse : 19 Rue Ouled Djedid

Tél. : 06 71 49 67 70 Total des frais engagés : 14 81 00 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 : .....

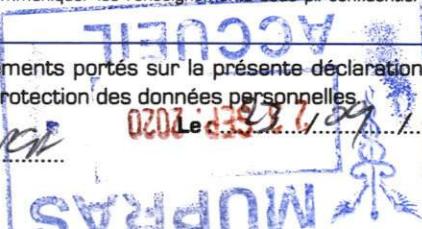
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 30/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : DIANI MOHAMMED



## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Début d'exécution</b>
					<b>Fin d'exécution</b>
					<b>Coefficient des travaux</b>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Montant des soins</b>
		H D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G
		(Création, Rémont, adjonction) + notionnel thérapie subjective nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b>	
				<b>Fin de</b>	
VOLET ADHERENT		NOM : .....		Mle	
DECLARATION N°		W18-383459			
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes		
<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					



W18-383459

**DATE DE DEPOT**

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1098
Nom & Prénom DIANI MOHAMED		
Fonction RETRAITE	Phones 0671466770	
Mail		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient D. DIAKI Retraite	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age	Date 18/8/20	
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
acte + ECG + 25/8/20	1 CG + 1BDG	-300 DT + 400 DT
PHARMACIE Date		DI. MOHAMMED YAQOUTI CHIRURGIEN UROLOGUE ANDROLOGUE
Montant de la facture		Pharmacie du CAF Mme CHAQUI S. Casablanca - Tel: 0522 44 59 40
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date		Pharmacie du CAF Mme CHAQUI S. Casablanca - Tel: 0522 39 89 73
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

SANOFI

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

SANOFI

ترخيص بريس

رقم 3 عمارحة 1 مركب

وزارة السككى شارع محمد السادس  
الدار البيضاء

الهاتف : 022 44.59.40

الفاكس : 022 44.59.14

29, N° 3 Bâtiment H 1 – Boulevard Mohammed VI  
Complexe ERAC  
CASABLANCA

Tél : 022 44.59.40  
Fax : 022 44.59.14

18/8/2020.

D. DEANE Blaneq.

267 Xe = 534 -

- XATRAL 12.50-

- up to 1g a day

46.75 - DETROXIN 10%

- 1/2g - 1/4g - 1/4g

70 - DOXY CYCOSIN 200

- up to 1g

680

668.30



DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés dispersables

PPV 70DH00 EXP 02/2022  
LOT 9H021

LUT 20007  
PER FEB 23  
PPV 57DH10

57,10



LUT 20001  
PER JAN 23  
PPV 57DH10

57,10

