

# 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.

## Educational :

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

Prendre 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- 061767

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06962

Société : 44111

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mabroul Farid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667228711

Total des frais engagés : 421,80 = 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 : Cas

Le : 15/10/2020

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> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
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		Visa et cachet du praticien														

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N° <b>P 17/0060229</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	
	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		Cachet MUPRAS



**P 17/0060229**

**DATE DE DEPOT**  
..... / ..... / 201.....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mle <b>06962</b>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	<b>Mahboul Taniol</b>	
Fonction	<b>Retraite</b>	
Phones	<b>0667778711</b>	
Mail	<b>Fmzbloul@yahoo.com</b>	

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>BELIMER KARIMA</b>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie	Date <b>28/08/20</b>
	Date 1ère visite .....

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <b>Affect ORL</b>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>G + Gendroy</b>		<b>400 DH</b>

<b>PHARMACIE</b>	Date <b>28.08.20.</b>
Montant de la facture	
<b>21.80.</b>	

<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	

Professeur MOKKES  
OTORHINO LARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE  
198 Bd Ghandi - Casablanca  
Tel: 0522 99 12 41

**AMRANI M'hamed**  
SAAD  
44, Bis Boulevard Mohammed VI  
(Ex. Jerrada) - Oasis - Casablanca  
Tél: 05 22 25 34 85 - INPE: 092051283

CACHET

CACHET

# مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

**Dr F. MEKOUAR**  
O.R.L.

BELAHMER  
Khalima

2008.202

**Dr B. MOKRIM**  
Prof agrégé en O.R.L.

**Dr K. YOUSSEFI**  
O.R.L.  
Immuno-allergologie

polydexta A  
5/10 20/17 40



21.80

**Dr M. BERRADA**  
**SOUNNI**  
O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

**AMRANT M'hamed**  
SAAD  
AA, Bouabid  
(Ex. Jari, Jari) - Casis - Casablanca  
Tél: 05 22 25 34 85 - INPE: 092051283

Professeur MOKRIM B  
OTORHINO LARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
100. Bd Ghandi - Casablanca  
Tél.: 05 22 99 42 41

Handwritten signature in blue ink.

Casablanca, le 28/08/2020

Le Docteur

Prie M

BELANGER KARIMA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
Pour.....

Consultation ORL  
nettoyage d'oreille

S'élevant à la somme de 2400 Mhs

Quatre cent dh

Professeur MOKRIM B.  
OTORHINO LARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
198, Bd. Choukri - Casablanca  
Tél.: 022.99.42.41

SOLUTION  
AURICULAIRE  
GOUTTES

**POLYDEXA<sup>®</sup>**

Ne pas avaler

Tableau A (Liste I)

NE PAS AVALER



پروموفارم  
**PROMOPHARM S.A.**

Z.I. du Sibel, Haid Soualem - Maroc  
SA BOUCHARA-RECORDATI



21,80

