

## 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.

### 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 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 38 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-511459

47201

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2362 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NASSI ABDESSAMAD

Date de naissance : 01/10/1952

Adresse : DES SERKAT, 123 Rue ABDELWAQT Bourgoigne

Tél. : 0664368870 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMANA O. DOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C : 05 22 45 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Email : zol2@live.fr

Date de consultation : 06 OCT 2020

Nom et prénom du malade : N. NASSI Abdessamad

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

Nature de la maladie : N.T.A. (Non Traitee)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, à joindre 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 : 06/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-511459

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2362

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : 02/11/2020



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Prestataire attestant le Paiement des Actes
06 OCT 2020	✓		150,000	INP: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	06/10/2020	1079,20

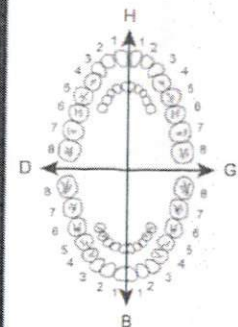
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

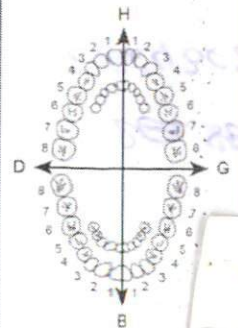
VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

LOT200528 2  
EXP 02 2022  
P.P.V : 101.80 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU

LOT 155341 1  
EXP 10 2021  
PPV 105 00

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

LOT200528 2  
EXP 02 2022  
P.P.V : 101.80 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

Inopril 4 mg  
30 comprimés sécables

PPV: 95DH50  
PER: 04/21  
LOT: H1799-3

95DH50  
09/20  
H079-4

95DH50  
04/21  
H1799-3

INP :

COEFFICIENT DES TRAV

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUT

FIN D'EXECUT

COEFFICIENT DES TRAV

MONTANTS DES SOINS

Tableau A (Liste I).  
hors de la portée et de la  
de précautions particulière  
Sous ordonnance médicale.  
Lire attentivement la notice avec  
Tableau A (Liste I).

Tenir hors de la portée et de la  
de précautions particulière  
Sous ordonnance médicale.  
Lire attentivement la notice avec  
Tableau A (Liste I).

Tenir hors de la portée et de la  
de précautions particulière  
Sous ordonnance médicale.  
Lire attentivement la notice avec  
Tableau A (Liste I).

Inopril 4 mg  
30 comprimés sécables

LOT191714 1  
EXP 07 2021  
PPV 105 00





Casablanca, Le

06 OCT. 2020

الدار البيضاء في

N. NASI Abdennamad

101,80x4  
1) INOPRIL 4  
1 cp / 1 pd 3 mois  
79,50x3  
2) Terazosine  
1 cp le soi pd 3 mois  
95,50x3  
3) Progest 20  
1 gél aut demi 1 mois  
147,00  
4) Thealox  
1 gél 4x1

1079,20

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

TEL : 05 22 25 03 73

Fax : 05 22 25 13 00

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 03 73

الفاكس : 05 22 25 13 00

المحمول : 06 61 14 99 86

البريد الإلكتروني : zol2@live.fr