

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## 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.

## 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 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1875

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OULAKHCHACHA SANAA

Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY AL WALAA TR. SIDI JEDID AL KACER  
Sidi Ma

Tél : 06 6767 44 60

Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

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 : ..... / ..... / .....

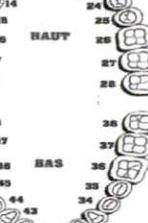
Signature de l'adhérent(e) : .....

## **SOINS ET PROTHÉSES 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
					<input type="text"/>
					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
					<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
					<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
		H			
		D	25533412 00000000 00000000 35533411	G	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
			21433552 00000000 00000000 11433553		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Fin de</b> <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien			Visa et cachet du praticien		
Date de signature : 01/01/2018			Date de début d'exécution		
VOLET ADHERENT		NOM : .....			Mle
DECLARATION N°		W18-349075			
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					



**W18-349075**

DATE DE DEPOT

1875

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1875	
Nom & Prénom OUAKHACHACHI SANAA			
Fonction Nenne CHOUAF		Phones 06 67 67 44 60	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient OUAKHACHACHI SANAA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie aff Tube digestif		Date 26/10/2020 Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C	1	120,00	
PHARMACIE	Date 26/10/2020		
Montant de la facture		165,90	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

الدكتور مصطفى خليل

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil, Mabrouka

Tél: { CAB. Fax : 0522 37 12 80  
DOM. : 0522 98 34 14  
URGENCE : 0663 09 41 09

14، شارع النيل. مبروكه

عيادة. فاكس : 0522 37 12 80  
منزل : 0522 98 34 14  
الهاتف : 0663 09 41 09  
مستعجلات : 0663 09 41 09

Casablanca, le 26 - 10 - 2020

N<sup>o</sup> 1 Ouakchachi SAWA

20.00

- Gastro Del Sol  
peut être doupe après 3 repas



(30,50) x 3  
- Ileo olivum N° 3  
1cp matin + midi + 16h + 1cp après selles



(30,50) x 3  
- Normo Gastryl N° 3  
1cp apres 3 repas



Alcool est fo<sup>r</sup> spacy.  
soin de la plaie 3f.



165.90



Docteur Mustapha Khalil

Steph

gas trogel

Suspension flacon de 250 ml

P.P.V : 20,40 DH



6 118000 190448

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V. 30DH50



6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V. 30DH50



6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V. 30DH50



6 118000 010845

## NORMOGASTRYL

LOT 98055 6  
EXP 09/2023  
PPV 120H00

## NORMOGASTRYL

LOT 02042 5  
EXP 09/2024  
PPV 120H00



6 117050 213480

PPC	30,00 DH
LOT	3015947
EXP	09/2024