

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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 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)



## **Déclaration de Maladie**

N° M20- 0003718

ND: 52442

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 00356 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAOUISSA ROHMANE

Date de naissance :

27-02-1942

Adresse : TAMARIS STANFAL ville 139  
ST R BOUARA

Télé: 0651928149 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Age : .....  
 Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

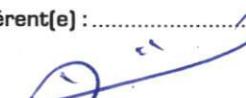
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="button" value="Montant des soins"/>
					<input type="button" value="Début d'exécution"/>
					<input type="button" value="Fin d'exécution"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux
	25533412 D	H 00000000	21433552 00000000	G	<input type="button" value="Montant des soins"/>
	00000000 35533411		00000000 11433553		<input type="button" value="Date d'exécution"/>
	<small>Opération, Révision, Prothèses, Fonction thérapeutique nécessaire à la profession</small>				<input type="button" value="Fin de"/>
VOLET ADHERENT		NOM : .....		Mie	
DECLARATION N°		W18-402885			
Date de Dépot	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					



W18-402885

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie	00356
Nom & Prénom TAOUZER Mohamed			
Fonction Retraité	Phones 0651928149		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Mohamed Taouzer		
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age	Date M - 12 ans
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	
	C -	200 MA	
PHARMACIE PHARMASUS Date 11.12.2023		PHARMACIE OCEAN BAY	
Montant de la facture		Dr. Filali Aoual Fouad 127, Ocean Bay Dar Bouazza	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV

# Dr Hamza BENJABBOUR

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ex. Médecin à l'hôpital El Hassani  
et au service des urgences

Médecine Générale  
Echographie - ECG

Casablanca, le



# الدكتور حمزة بنجبور

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

بمستشفي الحسني

ستعجلات بالألفة

لـ العام

دی - تخطيط القلب

الدار البيضاء. في

Tanger Mohamed

11f. 10 x3

I proct

11 dr كف النوم  
Luxurios 5

600,10

PHARMACIE OCEAN BAY  
Dr. Filali Aoual Fouad  
127, Ocean Bay  
Dar Bouazza

SL

IPROST LP 10 mg  
30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 147,50 DH  
Remboursable AMC  
6 118001 071548

IPROST LP 10 mg  
30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 147,50 DH  
Remboursable AMC  
6 118001 071548

Dr Hamza BENJABBOUR  
Médecin Généraliste  
12 Azzemour, Km 19, Immeuble C Centre Dar Bouazza

49,40

49,40

49,40

49,40