

# 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 ALQ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010895

132565

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4851 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Jamal El Arab HAKANI  
 Date de naissance : 1953  
 Adresse : 86 Bd Abdelrahman Fouad  
 Hay El Fakhri  
 Tél. : 0655 59 885 Total des frais engagés : 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 :

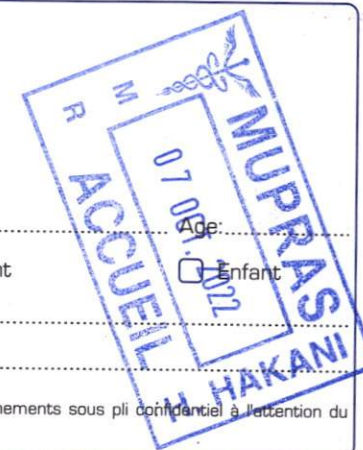
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie du CAF<br>Mme CHAOU SAMIRA<br>1 Rue Al Oukhroun Beauséjour<br>Casablanca - Tél : 00 22 40 00 70 | 06/10/2022 | 784,20                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

|             |             |                |
|-------------|-------------|----------------|
| PPV : 20,00 | Exp : 20,00 | N° Lot : 20,00 |
| PPV : 20,00 | Exp : 20,00 | N° Lot : 20,00 |
| PPV : 20,00 | Exp : 20,00 | N° Lot : 20,00 |

| SCINS | Dents | Coefficient |
|-------|-------|-------------|
|       |       |             |
|       |       |             |
|       |       |             |
|       |       |             |
|       |       |             |
|       |       |             |
|       |       |             |
|       |       |             |
|       |       |             |

| Coefficient des Travaux |
|-------------------------|
|                         |

| * VIGNETTE                                  | * VIGNETTE                                  | * VIGNETTE                                  | * VIGNETTE                                  |
|---|---|---|---|
| ALTIAZEM® 60 mg<br>50 comprimés<br>PPV 89DH | ALTIAZEM® 60 mg<br>50 comprimés<br>PPV 89DH | ALTIAZEM® 60 mg<br>50 comprimés<br>PPV 89DH | ALTIAZEM® 60 mg<br>50 comprimés<br>PPV 89DH |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Sanofi-aventis Maroc<br>Route de Rabat - R.P.1,<br>Ain sebaâ Casablanca<br>Corvasal 2 mg, cp b 30<br>P.P.V : 46,70 DH | Sanofi-aventis Maroc<br>Route de Rabat - R.P.1,<br>Ain sebaâ Casablanca<br>Corvasal 2 mg, cp b 30<br>P.P.V : 46,70 DH | BOTTU SA<br>PPV : 46 DH 70<br>03400932410811 | Sanofi-aventis Maroc<br>Route de Rabat - R.P.1,<br>Ain sebaâ Casablanca<br>Corvasal 2 mg, cp b 30<br>P.P.V : 46,70 DH |
|---|---|--|---|

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| KARDEGIC 75MG<br>SACHETS B30<br>P.P.V : 30DH70<br>LOT : 9MA047<br>PER : 08/2020 | KARDEGIC 75MG<br>SACHETS B30<br>P.P.V : 30DH70<br>LOT : 2ZE004<br>PER : 02/2024 |  |  |
|---|---|--|--|

|             |             |                |
|-------------|-------------|----------------|
| PPV : 20,00 | Exp : 20,00 | N° Lot : 20,00 |
| PPV : 20,00 | Exp : 20,00 | N° Lot : 20,00 |
| PPV : 20,00 | Exp : 20,00 | N° Lot : 20,00 |

| Coefficient des Travaux |
|-------------------------|
|                         |

| Quantités des Soins |
|---------------------|
|                     |

| Date du Devis |
|---------------|
|               |

| Date de l'Exécution |
|---------------------|
|                     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



1. The following is a list of the names of the persons who have been identified as having been involved in the activities of the group, in the order in which they were identified:

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

