

# 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 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0005691

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 1143 ..... Société : ..... R.A.M .....  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : ..... 435683 .....  
 Nom & Prénom : ..... BALMANE Mohamed .....  
 Date de naissance : ..... 01-01-1941 .....  
 Adresse : ..... Cité Djémâa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca .....  
 Tél. : ..... 0661789212 ..... Total des frais engagés : ..... 588,00 ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....  
 Nom et prénom du malade : ..... HASSIA ..... Age: .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : ..... Affection Oculaire .....  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
 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 Casablanca ..... Le 08 / 09 / 2022  
 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
06.09.2022				<i>[Signature]</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	06/09/22	588,00

**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
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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 TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VP2762C10MAR0919

MA  3662042003295  
 Distribué au Maroc par :  
 Laboratoires SOTHEMA  
 B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
 N° Homologation Maroc :  
 1573/2016/DMP/20/DM  
 PPC : 147,00 DH

CLINIQUE DE L'OEIL  مصحة العين  
 Californie كالفورنيا

MA  3662042003295  
 Distribué au Maroc par :  
 Laboratoires SOTHEMA  
 B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
 N° Homologation Maroc :  
 1573/2016/DMP/20/DM  
 PPC : 147,00 DH

**ORDONNANCE**

MA  3662042003295  
 Distribué au Maroc par :  
 Laboratoires SOTHEMA  
 B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
 N° Homologation Maroc :  
 1573/2016/DMP/20/DM  
 PPC : 147,00 DH

Casablanca le ..... 06/09/2022

MA  3662042003295  
 Distribué au Maroc par :  
 Laboratoires SOTHEMA  
 B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
 N° Homologation Maroc :  
 1573/2016/DMP/20/DM  
 PPC : 147,00 DH

M: ELHAMDOU HARIBA

(147,00 x 4)

**THÉALOSE**

1 gtte x4/j pdt 03 mois

588,00

**A renouveler**

**DR. CHAHBI Mehamed**  
 Ophthalmologiste  
 544, boulevard panoramique, californie,  
 Casablanca, maroc  
 Tél.: 05 22 50 15 15 / 19 80  
 05 22 29 66 00 / 00 08 25 50 15 15  
 Fax.: 05 22 50 46 21

**DR. BENZOUZOUZ Ezzouhra**  
 Ophthalmologiste  
 544, boulevard panoramique, californie,  
 Casablanca, maroc  
 Tél.: 05 22 50 15 15 / 19 80  
 05 22 29 66 00 / 00 08 25 50 15 15  
 Fax.: 05 22 50 46 21

05 22 29 66 00