

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6060**

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

**145392**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'facile 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	<b>Coefficient des</b> <div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Montant des soins</b> <div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Début d'exécution</b> <div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Fin d'exécution</b> <div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412	21433552	
		D	00000000	00000000	G
			00000000	00000000	
			35533411	11433553	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>(Création, Remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession         </div>					
<div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Coefficient des travaux</b> <div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Montant des soins</b> <div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Date du devis</b> <div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Fin de</b> <div style="background-color: #e0e0e0; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div>					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
<b>VOLET ADHERENT</b> NOM : <b>Aoudy</b>		<b>Mle 6060</b>			
<b>DECLARATION N°</b> <b>W18-350558</b>					
Date de Dépôt	Montant engagé				
17/01/23	722,60	3 pièces			
<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					

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b> <b>Mle 6060</b>		Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom : <b>Aoudy Nafat</b> Fonction : <b>Agent</b> Phones. <b>066.151.6127</b> Mail <b>mupras.aoudy.2809@mail.com</b>			
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient <b>Aoudy Nafat</b> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age ..... Date <b>13 DEC 2022</b>			
Nature de la maladie <b>Reflux gastro-cesophageen</b> Date 1ère visite <b>Hypotension + stress + Bronchite</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Docteur Mme ENNAI</b>  <b>MEDECIN GENEPI</b>  <b>Cabinet Centre Entrée B - N</b>  <b>Boulevard Anouar Boudiaf</b> </div>	
Nature des actes <b>Cs</b> Nbre de Coefficient ..... Montant détaillé des honoraires <b>200,00</b>			
<b>PHARMACIE</b> Date <b>13/12/22</b> Montant de la facture		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>PHARMACIE DE LA SECURITE</b>  <b>Nadia Aoudy BENCHEKOUN</b>  <b>130, Bd. M. Driss 1<sup>er</sup> Casablanca</b>  <b>Tel: 0522 86.22.45</b> </div>	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Désignation des Coefficients			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date : ..... Nombre Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>CACHET</b> </div>	

Docteur Malika ENNABIL

MEDECINE GENERALE

D.I.U Nutrition

D.I.U Echographie



13 DEC 2022

الدكتورة مليكة النبيل

الطب العام

التغذية

الفحص بالصدى

AOUIDY Najat

Kalmane sel

69.00

1x2 sel

71.30

- Tanakal CP.

55.00

- Amoxicil 1g

79.00

- Amoxicil 1g

138.00

1x10

20

95.00

- Beweca

Docteur Malika ENNABIL  
MEDECINE GENERALE  
Capital Center - Anoual - Casablanca

PHARMACIE DE LA SECURITE  
Najat El Mounira BENCHERKOUN  
30, Bd. M.Y. Driss I  
tel: 0522 86.22.45 - Casablanca

Docteur Malika ENNA

MEDECINE GENERALE

Capital Center, Entrée B - 1<sup>er</sup>

Appartement Anoual - Casablanca

ملتقى شارع أنوال عبد الله بن عمارة أنوال بيتال سنتر 203 المدخل B الطابق الأول الشقة رقم 1 - الدار البيضاء

Angle Bd. Anoual / Abdelmoumen Rés. Anoual Capital Center 203 Porte B, 1<sup>er</sup> Etage Appt. N°1 Casablanca

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,00 DH

LOT: 220561  
DLUO: 07/2025  
69,00 DH

Laboratoires Deva Pharm  
JOUAD Pharmacien Res

71,30

PPV: 55,00 DH  
LOT: 651034  
PER: 08/24

PPC: 95,00 DH  
LOT: CB03889  
EXP: 12/2024

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescent

PPV 73DH80  
EXP 04/2024  
LOT 230185

LOT: 220365  
PER: 05/2025  
PPC: 79,50 DH