

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-804521

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 489 Société : BENHAYAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENHAYAN

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : / / Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-2115/2019

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) : /

### 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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-804521

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : /

Nom de l'adhérent(e) : /

Total des frais engagés : /

Date de dépôt : / /



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient											
				<b>Coefficient des travaux</b> <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.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>										
	<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 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
D 00000000	G 00000000													
35533411	11433553													
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>											
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>											
<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant le devis		<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant l'exécution												

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		P 14/0015426	
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			
<b>Cachet MUPRAS</b>			



P 14/0015426

DATE DE DEPOT

..... / ..... / 201.....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	429
Nom & Prénom		Ben Haggag / Adh. commun	
Fonction	Phones		
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 24.5.23
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	
G		250,00	
<b>PHARMACIE</b>		Date 24/5/23	
Montant de la facture		216,10	
		صيدلية المحمدية <b>PHARMACIE MOHAMMADIA</b> Mme DEBBAGH A. N° 100 Av. Palestine - Marrakech Tél : 05 24 30 28 78	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

Marrakech, le :

24.05.2023

الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

• أمراض الغدد الهرمونية

• أمراض السكري

• الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermai Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

Mme BENHAYOUN Touria R 641

28/10

- IPRADIA 1000



1 op matin et soir  
Au milieu des repas

- STATICOL 20



1 op le soir

91,00

116,10

25 mois

صيدلية المحمدية  
PHARMACIE MOHAMMADIA

Mme DEBBAGH A.  
N° 100 Av. Palestine - Marrakech

Tél : 05 24 30 28 78

Dr ELGUERMAI Med Najib  
Endocrinologue - Diabétologue  
31, Bd Zerkoutouni - Marrakech  
0524 44 96 00

31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش

31, Bd. Zerkoutouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech

الهاتف : 05 24 44 96 00

E-mail : nguermal@hotmail.com البريد الإلكتروني

Prière de téléphoner au secrétariat avant tout passage au cabinet.



