

# 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.

# Déclaration de Maladie

N° W21-817807



## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **M183**

Matricule : **174997** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : **HASSANI Mohamed**

Nom & Prénom : **HASSANI Mohamed**

Date de naissance : **01-01-1948**

Adresse : **100 Rue Boubou Ndiaye, Casablanca**

Tél. : **061133679** Total des frais engagés : **135/60 Dhs**

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Mohamed** 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 : **Casablanca** Le : **12/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
URMIA Dr. About Abass El Aziz 05 22 901 710 - 05 22 901 7134 paralabrise@gmail.com 0168816600012 - INPE : 0168816600012	15/08/2023	135'60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca

Picture N° 20230911-367

MR HABACHI MOWAMENT

Date de vente : 15/08/2023

## Maroc

Médecin traitant :

**Arrêté la présente facture à la somme de : cent trente-cinq DHS et  
soixante centimes**

45.2.2

**PHARMACIE LA BRISE**  
38, rue Abou Abass El Azfi. Maarif ext. Casablanca  
Tél: 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01  
E-mail: [paralabrise@gmail.com](mailto:paralabrise@gmail.com) | [www.parapharmacie-la-brise.com](http://www.parapharmacie-la-brise.com)  
ICE : 001688166000012 - INPE : 02037134

TP : 40805761 RC : 347092 ICE : 001688166000012  
Tel : 0522990710/0622927010 RIB : 011.780.0000.45.210.00.05069.94  
Adresse : 38 rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca