

## 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

N° W19-464878

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11053 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : SAHBAKI KHALID  
 Date de naissance : 18.12.63 CASAB  
 Adresse : Lotissement le large lot 314  
 Boulevard  
 Tél. : 0663533267 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Dr ABDELMOUMENE SAMIR  
 GENERALISTE ASSERMENTE  
 122, BD. DAKHLA JAMILA 5  
 CITE JEMAA - CASABLANCA  
 TEL. 022 37 59 60

Date de consultation :

06/07, 2023

Nom et prénom du malade :

SAHBAKI Khalid

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

enfant

Nature de la maladie :

Arabite

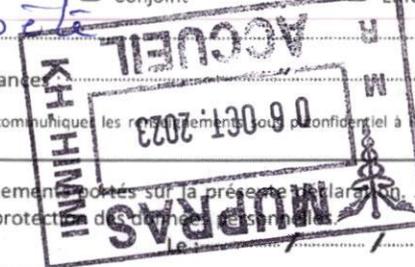
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquez les renseignements ou le 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



**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
6/7/23	C1		200,00	<i>[Signature]</i> 22, BO. DAKHLA JAWHARA CITE JEMAA - CASABLANCA TEL: 022 37 39 00

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i>	06/07/23	1311,00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

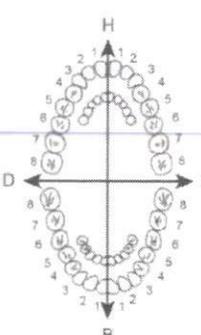
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

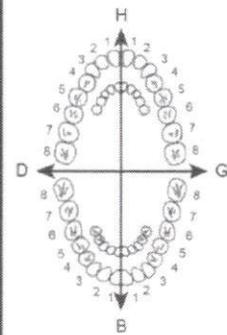
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]	
				MONTANTS DES SOINS [ ]	
				DEBUT D'EXECUTION [ ]	
				FIN D'EXECUTION [ ]	

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
D		B	
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		



**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	MONTANTS DES SOINS [ ]
	DATE DU DEVIS [ ]
	DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le : 06/07/2023

Dr ABDELMOUMENE SAMIR  
GENERALISTE ASSERMENTE  
122, BD. DAKHLA JAMILA 5  
CITE JEMAA - CASABLANCA  
TEL. 022 37 59 00

# Ordonnance

Nom / Prénom : SAHBANI Khalid  
Age : .....

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRO.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRO.  
P.P.V: 437,00 DH.

437.00

x3

JANUMET 50 / 1000



1 cp matin

1311.00

1 cp soir

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRO.  
P.P.V: 437,00 DH.

Dr ABDELMOUMENE SAMIR  
GENERALISTE ASSERMENTE  
122, BD. DAKHLA JAMILA 5  
CITE JEMAA - CASABLANCA  
TEL. 022 37 59 00

PHARMACIE  
EL BOUSKOURA  
Centre  
Bouskoura Centre  
Tél: 0522 33 44 05  
Fax: 0522 33 48 22