

## 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° W19-491078

14105

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 4105 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ESSAFI HASSAN

Date de naissance : 27/02/1963

Adresse : 105 Ocean DAKAR

Tél. : 661180073 Total des frais engagés : 826.91 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/2019

Nom et prénom du malade : Darmanenaphilidinae Joau Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident siège/kam

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 : 2019/11/20 Le : 2019/11/20

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
21.11.19	Consult.		300 dt.	INP 091112953

24.12.19	Consult.	gratuit	chirurgie	chirurgie
----------	----------	---------	-----------	-----------

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SAUD MOUAWAD ALLOUMRANE PHARMACEUTICALS KAR KOUCH TUNIS - 96 - 52 - 64 TEL : 02 - 85 - 02 - 19 GSM : 06 - 96 - 52 - 64	21/11/19	526,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

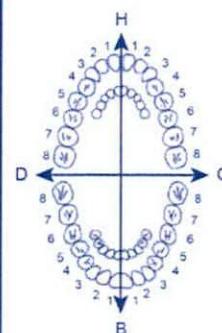
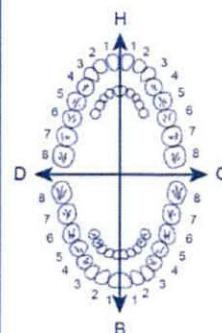
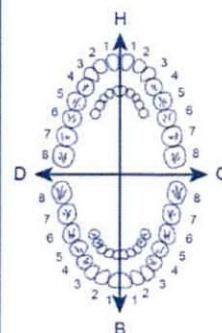
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
													
													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>									
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
 <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>									
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>									
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>									
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT :

EXP :

PPV :

PPV : 45,50 DH  
 EXP: AVR 2022  
 LOT: M19054

96,00

Casablanca, le

21/11/19

ANTIBIO SYNALAR

19,40

Mme Darman essaffri

Lidiana

LOT : 4775  
 PER : 08-21  
 P.P.V : 99DH00

132,00 + 99,00

1. Actav S 1g

LOT : 5750  
 PER : 10-21  
 P.P.V : 132DH00



45,00 15x2u

2. Cataflam CP 2u



19,40 1CPx2u

3. Antibio synalar

86 a

S. belmata 120mg

CP

1cp 60; 12u Gouche

10 jours

Saad BOUZIANE WARTINI  
 PHARMACEUTICAL OUMRANE  
 LAHLALI - DAR KOUCH  
 DAR BOUJAZZA  
 Tél. 022 . 95 . 62 . 54  
 GSM : 061 . 65 . 02 . 19

15 jours

R. chahla

135,00 2 pflx 0Rlx 2u



4. rinodenil

2 pulv ner lef, 12u Gouche

Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO .

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 2

E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
 Z.I. du Sahel - Had Soualem

P.P.V. 135DH00