

# 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 mois.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prix 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° 14602 W19-503055 *Comme*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAMIR AHMED  
 Date de naissance : 21/07/1958  
 Adresse : Av. Prince My Abdellah N° 11  
 Hay Essalam, Casablanca  
 Tél. : 0661284325 Total des frais engagés : 452,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. Saoudi Abdellah*  
 Date de consultation : 24/12/2019  
 Nom et prénom du malade : SAMIR AHMED Age : 62  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DMD  
 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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : Casablanca Le : 24/12/19  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-503055

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

Matricule : 3462  
 Nom de l'adhérent(e) : SAMIR AHMED  
 Total des frais engagés : 452,80



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
24 DEC 2019	C	.	13000	INP: 21063295 Dr. <i>Abdelfettah</i> Médecin Généraliste Export - Import - Frais des Tribunaux SOUDAN Soudan Liban Sahara

13091

INP : 21043795  
Dr. *Imoudi Abdelfettah*  
Médecin Généraliste  
Expert (serment) Prés des Tribunaux  
ECHEMOGRAPHISTE  
Sahara

[illegible]

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

24/12/2019

322.82

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

Désignation des Coefficients
------------------------------

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Particien

Date des Soins

Nombre			
AM	PC	IM	IV

Montant détaillé des Honoraires	
------------------------------------	--

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

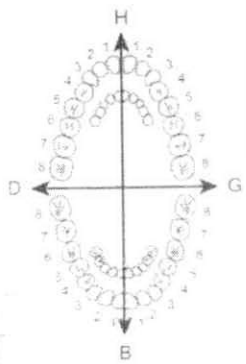
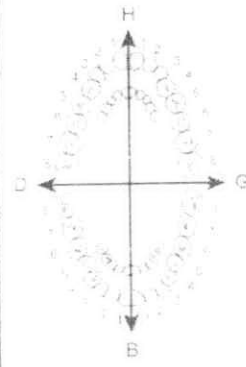
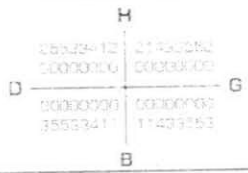
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Creation, remont, adjonction]			
	Forçage du Theri (peut-être nécessaire à la prothèse)			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Important :

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

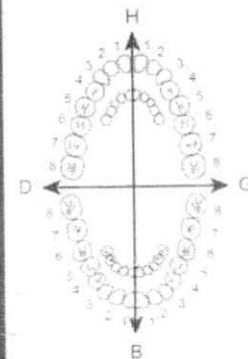
INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

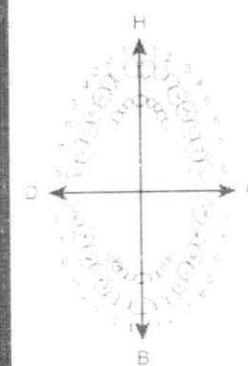
DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



		H	
	26522412	21432262	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	
	35533411	11403353	
		B	

(Creation, remont, adjonction)  
 recyclage Thermique: necessaire a la prot.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

☒ valable 3 mois

Le 24/12/2019

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr Droudi ABDEL FETTAH

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SAUDY AHMED

Présente

Diabète type II

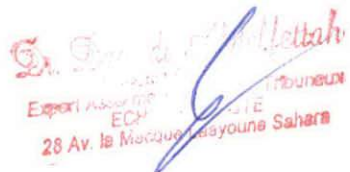
Nécessitant un traitement d'une durée de :

Long court

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Anglé Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

  
Export Association of Morocco (EAM)  
28 Av. la Méditerranée, Casablanca

Docteur Abdelfettah Daoudi

Médecin Généraliste

Expert Assermenté Prés des Tribunaux

Echographie

Diplôme d'Université de la

Faculté de Médecine de Montpellier - France

28. Av. de la Mecque Colomina - Laâyoune

Téléphone : 05.28.89.49.33

الدكتور عبد الفتاح الداودي

طبيب عام

خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالأكوغرافي

حاصل على الدبلوم الجامعي

من كلية الطب بمونبيلييه - فرنسا

28 شارع مكة كولومينا - العيون

الهاتف : 05.28.89.49.33

Laâyoune le 24 DEC 2019 العيون في

322.80 - 3 x 107/60

SARK  
A HROD

PHARMACIE WAHDA  
Dr EL ALAMI Moulay Ali  
36, Av. Mekka - LAAYOUNE  
Tél. : 0528.89.39.44

x 3 107/60

Dr. Daoudi Abdelfettah  
Médecin Généraliste  
Expert Assermenté Prés des Tribunaux  
ECHOGRAPHISTE  
28 Av. la Mecque Laâyoune Sahara

**STAGID® 700 mg**  
metformine embonate  
100 COMPRIMÉS SECABLES

**Respecter les doses prescrites**  
**يجب التقيد بالجرعات الموصوفة**

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

107,60



Sanofi-Sintelabo AG



**STAGID® 700 mg**  
100 comprimés

**MERCK**



**STAGID® 700 mg**  
metformine embonate  
100 COMPRIMÉS SECABLES

**Respecter les doses prescrites**  
**يجب التقيد بالآداب الموصولة**

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

107,60



Sanofi-Sintelabo ADG



**STAGID® 700 mg**  
100 comprimés

**MERCK**

**STAGID® 700 mg**  
metformine embonate  
100 COMPRIMÉS SECABLES

**Respecter les doses prescrites**  
**يجب التقيد بالجرعات الموصوفة**

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

107,60



Sanofi-Sintelabo AG



**STAGID® 700 mg**  
100 comprimés

6 118000 021292

**MERCK**