

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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
Prise en charge	pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	adhession@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.



## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3467**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Samri Attaoui**

Date de naissance : **21/07/1958**

Adresse : **Av. Prince my Abdellah N° 11  
Hay Essaouira - Tounzoute**

Tél. : **0661284325**

Total des frais engagés : **452,80**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **24/12/2019**

Nom et prénom du malade : **Samri Attaoui**

Age : **62**

Lien de parenté :  **Lui-même**

Nature de la maladie : **OND**

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Agadir** le : **31 DEC. 2019**

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-503055

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

N° W19-503055

*Conseil*

*N° 146021*

*Conseil*

Optique

A

3467  
Samri Attaoui  
452,80

### 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
24 DEC 2019			130.90	INP : 21043795 Dr. Doudi Abdellah Médecin Généraliste Avocat au Barreau, Procès des Tribunaux Expert en Radiologie, Echographiste 28 AV. 15 Moctar Lamine Sahara

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAMADOU 36, AV. DE LA FOUCHE Tél. : 08.89.39.44	24/12/2019	322.80

### 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	

VOLET ADHERENT

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

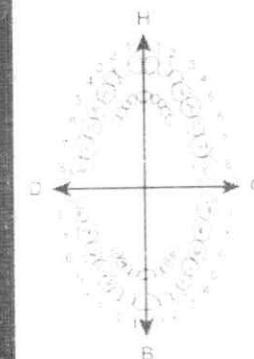
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				OEFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

00009412	21930000
00000000	00000000
00000000	00000000
00000000	00000000
3553411	1143553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

valable 3 mois

Le 21/12/2019

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR DIAOUDI ABDEL FETTAH

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SAYARI ATTACHE

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, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Dr. DIAOUDI ABDEL FETTAH  
EXPERT MEDICAL DIAOUDI ATTACHE  
28 Av. la Magique Sayouna Sahraoui

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 الداوي

طبيب عام  
خبير محلل لدى المحاكم  
الشخص بالأكروغرافي

حاصل على الدبلوم الجامعي  
من كلية الطب بمونبولي - فرنسا  
28 شارع مكة كولوبينا - العيون  
الهاتف : 05.28.89.49.33

Laâyoune le 24 DEC 2019 العيون في

Sahar  
A HAOUD

322.80 - 3 x 107.60

PHARMACIE WAHDA  
Dr EL ALAMI Mohay Ali  
36, Av. Nekka - LAÂYOUNE  
Tel. : 0528.89.39.44

STAF D 3 x 107.60

X 3 A O S

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

6 118000 021292



\* Remboursable ADO

100 comprimés  
**STAGID® 700 mg**



MERCK



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

Respecter les doses prescrites  
جُبِّ التَّدْبِيدُ بِالْمُقَادِيرِ الْمُرْسَلَةِ

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة أ - يصرُّفُ فنَّطَدُ بناءً على وصْفَةٍ طَبَّيةٍ

107,60

6 118000 021292



\* Remboursable ADO

100 comprimés  
STAGID® 700 mg



MERCK



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

Respecter les doses prescrites  
جُبِّ التَّدْبِيدُ بِالْمُقَادِيرِ الْمُرْسَلَةِ

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

107,60

6 118000 021292



\* Remboursable ADO

100 comprimés  
**STAGID® 700 mg**



MERCK



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

Respecter les doses prescrites  
جُبِّ التَّدْبِيدُ بِالْمُقَادِيرِ الْمُرْسَلَةِ

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة أ - يصرُّفُ فنَّطَدُ بناءً على وصْفَةٍ طَبَّيةٍ

107,60