

# 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.

## Diagnostic 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° P19- 066996

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00429 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Mme Berrada, Ben Hayoun Bouria  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : 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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066996

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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	Coefficient des Montant des soins
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412      21433552 00000000      00000000 D      G 00000000      00000000 35533411      11433553			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin de

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.	
--	--

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W15-052294	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W15-052294

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom <u>BEN HAYOUNE</u>		Signature de l'adherent
Fonction : .....	Phones : .....	
Mail : .....		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age : .....	Date : .....
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>Transecture par arme blanche</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	C+G	7120,04
<b>PHARMACIE</b>	Date <u>2/3/20</u>	
Montant de la facture	127,30	
PHARMACIE MOHAMMADIA Mme DEBBAGH A N° 100 Av. Palestine - Marrakech Tél : 05 24 30 28 78		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. KABBAJ Mohamed El Houssaine  
Médecine Générale

الدكتور القباچ محمد الحسين  
الطب العام

صيدلية المصطفى  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
Mme DEBBAGH A.  
N° 100 Av. Palestine - Marrakech  
Tel : 05 24 30 28 78

Marrakech, le : 21/3/2024

~~Mme DEBBAGH A.~~  
Mme DEBBAGH A.  
Mme DEBBAGH A.  
Mme DEBBAGH A.

Paracetamol

14,150

2 x 2g

SV

Valtaren

60,00

3ml/gl

SV

2 x 2g

Aspirin 20 (14)

SV

52,80

2 x 2g

127,30

Dr. KABBAJ Mohamed El Houssaine  
Av. Palestine N° 10 Hay El Mohammadi Takadoum - Marrakech  
Tel : 05 24 33 29 27 - GSM : 06 59 91 69 64

شارع فلسطين، رقم 10 الحي المحمدي التكدوم - مراكش

Av. Palestine, N° 10 Hay El Mohammadi Takadoum - Marrakech

Tél. : 05 24 33 29 27 - GSM : 06 59 91 69 64

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 19113  
PER: 03/2022  
PPV: 52,80 DH

	MOIS	SOIR	DURÉE
ndez votre -			
Marché			
salite gratité radol			

LOT: 0075  
PER: FEV 2021  
PPV: 14 DH 50

LOT: M0355  
EXP: MAI 2022  
PPV: 60,00 DH