

## 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 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.

N° W19-475240

ND: 48 279

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 3707 Société : RA 17

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : YA2 VOT ABOELHAN

Date de naissance : 28-11-60

Adresse : 44 Rue 7 Amor n° 125 Laoua Al Zitoun n° 412

..... Casab - Maroc

Tél. : 0661322491 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL BENI A EL HASSAN  
PEDIATRE  
04 Rue SOKRATE NASSABAH  
Maarif - Casablanca  
Tel : 05 22 00 00 46

Date de consultation : 05/11/2020

Nom et prénom du malade : YA2 VOT HUSSEIN MUPRAS

Age: 12

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : par halte

Enfant

23 NOV. 2020

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement 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 : Casab

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-475240

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).

3707

Matricule :

YA2 VOT ABOELHAN

Nom de l'adhérent(e) :

273,00 Dhs

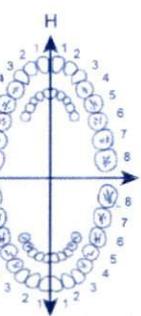
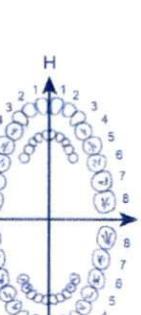
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACEUTIQUE MILAD</b> Dr. Samira MILAD 283, Bd. Sidi Abderrahmane Hay Salam - C.I.L Tél: 0522.84.65.30. CASABLANCA	6/11/2020	23,00

### 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.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000		D		G	35533411	00000000	11433553	B		
H		G																					
25533412	00000000	21433552																					
00000000	00000000																						
D		G																					
35533411	00000000	11433553																					
B																							
		<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"/>																					

Dr. El Hassan EL BENNA

الدكتور الحسن البنا

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II  
D.U. d'Urgence et Réanimation  
du Nouveau-Né et de l'Enfant



اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le ..... 05-11-20

- - - - - ya qnot Aden

23,00

- - Spasmyl. hinop hij (25)  
3 finif

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C 1 L  
Tel: 0522.94.65.30-CASABLANCA

DR EL BENNA EL HASSAN  
PEDIATRE  
54 Rue Socrate Rés. SABAH (1er étage) Maârif - Casa -  
البيضاء -  
Tél: 05.22.98.03.46

# Spasmyl®

Trimébutine

Flacon de 250 ml  
de suspension

Spasmyl®

Flacon de 250 ml  
de suspension



6 118000 180654