

## 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

- Reclamation : 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° W19-475240

ND: 48 279

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3707 Société : RA 17  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YAZUOT ABDELHAK  
 Date de naissance : 28-11-60  
 Adresse : 4 RUE ANOUAR EL ROUABIAH 20141  
 Casablanca  
 Tél. : 0661322422 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/11/2020  
 Nom et prénom du malade : YAZUOT HUSSEIN Age: 12  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : paralyse  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le 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 : Casablanca Le : 1 / 1

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

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).

Matricule : 3707  
 Nom de l'adhérent(e) : YAZUOT ABDELHAK  
 Total des frais engagés : 273,00 DH  
 Date de dépôt :



### 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

05/11/20    1    C2    250    INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur    Date    Montant de la Facture

PHARMASIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L.  
Tél: 0522 84 65 30 - CASABLANCA  
05/11/2020    23,00

### 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.

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412    21433552  
00000000    00000000  
D    G  
00000000    00000000  
35533411    11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. El Hassan EL BENNA**

**PEDIATRE**

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



**الدكتور الحسن البنا**

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 05-11-20

Yaquot Aden

23,00

- Spasme hémor h  
3 fois



**PHARMACIE MILAD**  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - CIL  
Tél: 0522.94.65.30-CASABLANCA

**DR EL BENNA EL HASSAN**  
**PEDIATRE**  
54 Rue Socrate Rés. SABAH  
Maarif - Casablanca  
Tél: 05.22.98.03.46

**Spasmyl®**

**Trimébutine**

Flacon de 250 ml  
de suspension

**Spasmyl®**

Flacon de 250 ml  
de suspension



6 118000 180654