

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## education :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0749 Société : MAM 48430

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUHAÏL Abdallah

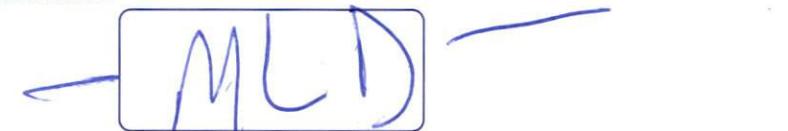
Date de naissance : 1934

Adresse : 1 place Rue de l'Algérie

Tél. 06 58 92 63 36 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AHAT ZOTINA 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'autorité 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 : 05/10/2019 Le : 24 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) : 



# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
	D	H	G		
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553			
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

VOLET ADHERENT	NOM : SOUHAIL Abdallahi	Mle 749
DECLARATION N° : W18-405148		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	865,10	2 feuille

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



W18-405148

DATE DE DEPOT

14/11/2010

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 0749

Nom & Prénom : SOUHAIL Abdallahi

Fonction : RETRAITE Phone 0658926336

Mail : laheen.douhail.1958@gmail.com

MEDECIN Prénom du patient AZIZ ZOHRA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 78 ans Date

Nature de la maladie Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE Date 14/11/2010

Montant de la facture

865,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



Pharmacie NARJIS

SKALLI ZAKIA

Page : 1

## FACTURE

Client :

N° FACTURE : 396330

Date : 10/11/2020

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
MONOPROST	3	178.90	536.70
COSOPT COLLYRE	2	164.20	328.40



LOT 1020107 2  
EXP 02 2022  
PPV 164.20 DH

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH  
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH  
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

Total TTC = 865.10

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : HUIT CENT-SOIXANTE-CINQ DIRHAMS 10 CTS

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH  
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380

**valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *A 2T2 Zohra*

Présente

*un problème chronique d'DC*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*longue durée*

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 Yakkir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

*Boursini M*