

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 057808

## 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.

## Diologie 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.

## Educution :

- 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.

## Prothèse :

- 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...

## Adresses Mails utiles

- Déclaration : contact@mupras.com
- Mise 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.

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM 057808

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTIBA HUSSAN

Date de naissance : 25-06-1959

Adresse : Lot 144 KML DOW II Péniche LAMVIA

CASABLANCA 20190

Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 247,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

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.

Fait à : Casablanca

Le : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE TILILA</b> Voie d'Aménagement H.H 47 N°H May Laymaune - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE 001551566000078 - IF: 40155060	10/11/2020	247,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

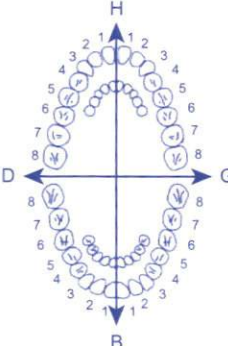
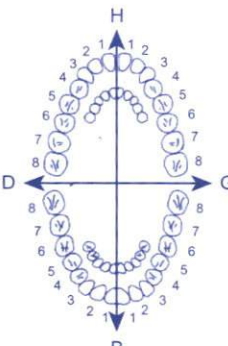
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

le complément du traitement prescrit par Mon  
 Médecin traitant du 08/09/2020

Dr RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant  
 Vidéo Electroencéphalogramme "EEG"

Distribué par Roche S.A.  
 Boîte 05 Casablanca Maroc  
 MADOPAR 200/50-100 comprimés  
 P.P.V. : 298,00 DH

118001 050697



المستشفى الرأجي لمياء

اختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب  
 التخطيط الكهربائي للدماغ  
 التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca le 08/09/2020

HASSANI

298,00 x 2  
 - Madopar 200/50-100

118001 050697

133,00 x 3  
 Artane 5MG CP B20

49,60

PPV: 49,60 DH  
 LOT: 20506  
 EXP: 04/2023

PHARMACIE TILILA  
 Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
 Hay Laymoune - Hay Hassani  
 Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
 ICE: 001551565000078 - IF: 40155086

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Honoraires
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Honoraires	
08/09/2020	CS		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H 47 N°H Hay Laymoune - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE: 001551565000078 - IF: 40155086	08/09/2020	110,50

ANALYSES - RADIOLOGIQUES		Montant de la Facture
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	
		110,50

ARTANE 5MG CP B20		Montant de la Facture
Lot	Date	
LOT: 205009 PER: 12/2022		110,50
LOT: 205011 PER: 03/2023		110,50

VOLET ADHÉRENT		Montant de la Facture
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.		

PHARMACIE TILILA  
 Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
 Hay Laymoune - Hay Hassani  
 Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
 ICE: 001551565000078 - IF: 40155086