

# 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

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-

064770

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMHach Soud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 45 57 78 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) :

12 OCT 2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064770

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

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-347576	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-347576

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 11404	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		ABT HASUCH SAWAD	
Fonction : chef d'unité		Phones : 0661 455778	
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient SAWAD	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 36	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		05 FEV 2020	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	MOUJEL Abdelhak OPHTALMOLOGUE Dr. Mohamed El-Casablanca 022 22 95 40 - GSM: 077 43 69 6
Cl	1	2000	
<b>PHARMACIE</b>		Date 05/02/2020	Signature pour cent Opticien & Opticien
Montant de la facture		4000	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



## CHECK-LIST

### DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		Nombre
<input type="checkbox"/>	Copie des résultats	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale?	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale?	
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/>	Facture	
PHARMACIE		
<input type="checkbox"/>	Ordonnance *	
<input type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	

\* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

\*\* Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:

Matricule:

Signature de  
l'adherent

FS n°:

W18-347576

Signature &  
visa de la  
MUPRAS

*Docteur Abdelkader Moukel*

Maladies et Chirurgies des Yeux  
Strabologie - Angiographie - Laser •

Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

\*\*\*\*\*

الدكتور عبد القادر مقل

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**CASABLANCA, le Mercredi 5 Février 2020**

**Madame AMHAOUCH      Souad**

**PROGRESSIFS ANTI REFLET**

**+ MONTURE**

**Oeil Droit : + 0,25 , Addition + 1,00**

**Oeil Gauche : + 0,25 , Addition + 1,00**

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

Dr. MOUKEL Abdelkader  
OPHTALMOLOGUE  
24, Bd. Mohamed V - Casablanca  
Tél.: 022.22.96.41 - GSM: 077.45.69.69



0000493

**Optique 1000%**

Opticien - Optométriste

Date : 05/02/2020

Facture :

Mr : AMHARUCH SAAD

Docteur : MANKEL

Type des verres :

PROGRESSIF  
PR. AR. 136

Monture :

plastique

Vision de Loin :

OD

Axe

Cyl

Sph

+0.25 16.00

OG

Axe

Cyl

Sph

+0.25 16.00

Vision de Prés :

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

~~Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien~~

Add :

Montant :

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - Patante : 30057211