

# 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

- 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-512029

NP = 21271

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	57087	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Ahmed
Nom & Prénom : CHONTA 12/04/57			
Date de naissance : 12/04/57			
Adresse : Résidence Al Yousouf OASA			
Tél. :	0661826460	Total des frais engagés :	08 E 38

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan
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'adhérent conseil de la Mutuelle.	

**MUPRAS**  
11 FV 2020  
**ACCUEIL**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 12/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Sam	28/01/20	8,38€
Orange pharmacie de la Paix		
Samuel Tordjman & Maxime N		
Déchets en Pharmacie		
155 avenue Maurice Utrillo 75180		
Ville 01 39 62 14 99 Fax 01 39		
01 39 62 14 99		
Argenteuil		
39 24		

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

valable 3 mois

Le 22/12/2019

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Denkaou Souad

Présente

Hypothyroïdie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Levithyrox 50 mg.

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 Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

DR HASANAIN ABELAZIZ  
DIABETOLOGUE  
BD REDA GUEOERA N° 21A  
C.D CASABLANCA  
G.S.M 0651 77 02 02

## **Docteur Abdelaziz HASSANAIN**

**Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale**

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

**Tél. : 05.22.55.64.60**

**GSM : 06.61.77.02.02**

**22.01.2020**

Casablanca, le .....  
**Mme DERKAOUI Souad**

**الدار البيضاء، في**

### **LEVOTHYROX 50**

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 6 mois.

**Dr Abdelaziz HASSANAIN**

**DR HASSANAIN ABDELAZIZ**

Medecin

Bd Reda Guedira N° 214 CD

Casablanca

G.S.M. : 06.61.77.02.02

شارع رضى أكديرة (شارع النيل سابقا) رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

**INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091**

**الدكتور عبد العزيز حسنين**

**طبيب سابق بالدرك الملكي**

- دبلوم أمراض السكري والفحص بالصدى من جامعة

مونتولى بفرنسا

- دبلوم أمراض العظام والمفاصيل من جامعة بوردو

- دبلوم في علاج الأشخاص المسنين من جامعة بوردو

- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

**الهاتف : 05.22.55.64.60**

**المتنقل : 06.61.77.02.02**

Gde Phcie de la Poste  
 155 ave Maurice Utrillo  
 95100 Argenteuil FRANCE  
 95 2 00971 0  
 Siret 51083450000017.4773Z  
 N° TVA IC FRr27510834500

Siret TVA NAF

**DUPLICATA 1**  
 Montants en €

DERKAOUI SOUAD  
 LYCEE GARE  
 95100 ARGENTEUIL

p 1/1

**Ticket 1214013**

du 28/01/2020 12:14:22

Cip	Libellé article	TVA	Px Un.	Qté	Total TTC
3400930065662	LEVOTHYROX 50µG CPR SEC PLQ/PVC/ALU/30	F	2,15	2	4,30
Honoraire	médic. remboursable	F	0,51	1	0,51
Honoraire	médicament spécifique	F	3,57	1	3,57

EXP: 12/2021  
 Lot: 15462021  
 PC: 03400930065662  
 SN: 23942291768



EXP: 12/2021  
 Lot: 15462021  
 PC: 03400930065662  
 SN: 23942926439



Taux TVA	A : 0.00	B : 20.00	C : 10.00	D : 5.50	E : 33.33	F : 2.10
Bases H.T.						8,21
TVA						0,17
TTC						8,38
Nombre						4

3 lignes, 4 produits

D. AUGUSTA

V 11.0.8.6 B0174JHKI

Votre Pharmacie Leader Santé vous remercie de votre aimable visite Echange possible sous 8 jours

En votre aimable règlement

**8,38**

Réglé Espèces le 28/01/2020