

## 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

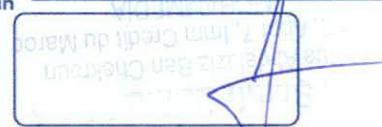
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

## Déclaration de Maladie

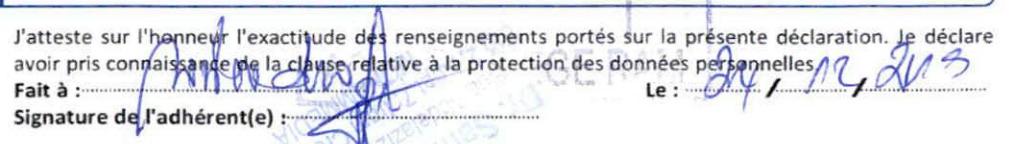
N° W19-486479

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>23131</b>			
Matricule : <b>11586</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>OURNY LEBL</b>			
Date de naissance : <b>HASSANIA II BLOC A N° 133 ECARTA</b>			
Adresse : <b>NO HARODIA 02/10/1979</b>			
Tél. : <b>0668916299</b> Total des frais engagés : <b>250 + 250,50 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <b>12/2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Adam Amrik el Farteni</b> Age : <b>21/13/2007</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Bronchite</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>20/12/2020</b>			
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 : **Centre Allal Ben Abdellah** Le : **04/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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
24/01/2013	h		20000	INP : 10912261619 CELLE DU MAROC Sous Chambre

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>El</i>	24/12/19	254,50

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
		MONTANTS DES SOINS																				
		DEBUT D'EXÉCUTION																				
		FIN D'EXÉCUTION																				
		<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																				
		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
		H		25533412	21433552																	
		D		00000000	00000000																	
		B		35533411	11433553																	
G																						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

- Urgence Pédiatrique
  - Réanimation néonatal

- ## • مستعجلات الأطفال

## • إنعاش المولود الجديد

Mohammedia le : 24/12/2019

24/12/2019



Adam Amir el farzani

93,40

17.5° 3) ~~Thierry~~ ~~PHARMACIE EL BERRI~~ ~~10 Rue de la Poste~~ ~~76100 Dieppe~~ ~~03 23 28 76 61~~ 241 ( 662 )  
90. W 4/0 fpx 1/0 CIE ( 103 )  
PHARMACIE EL BERRI 10 Rue de la Poste 76100 Dieppe 03 23 28 76 61

Rue Abdelaziz Ben Chekroun 2ème Etage, Appt 7 - Imm Credit du Maroc  
Mohammedia - Tél : 05 23 30 08 52

93,40

PARACETAMOL  
PPV 17 DH 50  
PER 09/22  
LOT 12093  
1750

Lot. 3444  
Per.: 05 2022  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH