

# 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.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 062691

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

23313

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4726 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Blaabdelkrim Hmouda

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06378926 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

Soignant

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) : .....

# 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

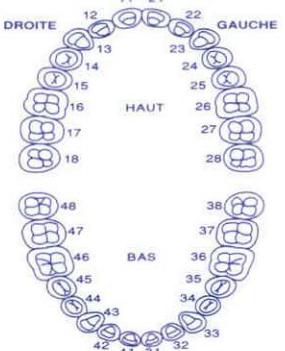
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient



**Coefficient  
des travaux**

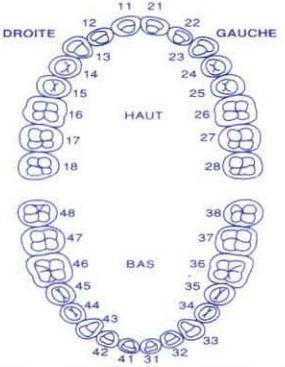
**Montant des soins**

**Début d'exécution**

**Fin d'exécution**

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

**Coefficient  
des travaux**

**Montant des soins**

**Date du devis**

**Fin d'exécution**

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

## DECLARATION N°

P 17 / 0061470



Mme

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

**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

Cachet  
MUPRAS



P 17 / 0061470

DATE DE DEPOT

/ ..... /201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 6726

Nom & Prénom Benahmed Hind

Fonction retraitée Phone 0663 722706

Mail hindafihla@gmail.com

## MEDECIN

Prénom du patient Hindq.

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Nature de la maladie

Date .....

Date 1ère visite .....

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

## PHARMACIE

Date 26.11.2020

Montant de la facture

294,-

PHARMacie PAM

Enchâis AL GOUZMARI

102, Rue Ghar Anzarane

RAZEMBOURG

0523 34 72 90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date .....

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

*Dr Bennouna Mohamed*

**OPHTALMOLOGISTE**

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris

Maladies des Yeux

Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale

Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض العيون  
جراحة العين والجفن  
جراحة تصحيح البصر

**Pharmacie PAM**  
*Dr. Bouchaïb AL GOUZMARI*  
37 Bis, Rue Bir Anzarane  
AZEMMOUR  
Tél: 05 23 34 72 90

Casablanca le, 28 janvier 2020

Mme FILALI HINDA

THEALOSE: COLLYRE

1 goutte 4 à 6 fois/ jour



Traitement pendant : 2 Mois , dans les deux yeux

PPC : 147.00 DH

PPC : 147.00 DH

Dr. BENNOUNA Mohamed  
Ophtalmologiste  
Maladies & Chirurgie des Yeux  
1<sup>er</sup> AV. HASSAN II CASABLANCA  
05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

الحالات المستعجلة : 05 22 25 71 71

شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

fax : 05 22 47 32 60

TRAM : Station Place M<sup>ed</sup> V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85