

# 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.

## Diagnostic 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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- 0044269

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23356**

Matricule : **9586** Société : **CA**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : **HAITH ABDELKRIM**

Date de naissance : **05 FEVRIER 1967**

Adresse : **RESIDENCE AL FAIR "NEUBRE" H" NOU HAYEL  
BOUS SIDI BERNAOSSI CASABLANCA**

Tél : **06 6744 4032** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07 / 02 / 2020**

Nom et prénom du malade : **DABY** Age : **53**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **asthénie chronique**

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 : **CASA** Le : **2 / 3 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

## VOLET ADHERENT

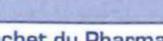
Déclaration de maladie N° P19-044269

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) : **03 MARS 2020**

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Principautés Maroc Hay Al Azhar - Sidi Bernoussi Casa - Tél.: 05 22 75 76 98	11/02/2020	Pharmacie des Principautés Maroc Hay Al Azhar - Sidi Bernoussi Casa - Tél.: 05 22 76 76 98 383,90

[illegible][illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000 <hr style="width: 100%;"/> <b>D</b> <b>G</b> 00000000    00000000 35533411    11433553 <hr style="width: 100%;"/> <b>B</b>		
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS		
		DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Irina SALIM

— Médecin Généraliste —



الدكتورة إيرينا سليم

— الطب العام —

Casablanca, le 11/02/2020 في الدار البيضاء،

Mme : Karim

Duby

7940 x 2

(AS)

- Cholesterol 10 mg

1 cp j le soir

59,30

- Brex

(AS)

Pharmacie des Principales  
Lot. Hay Al Azim - Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél.: 06 22 76 76 98

1 cp j le matin

20,10 x 2

+ Vitamine D<sub>3</sub> 50K 200.000

(AS)

1 amp 1 mois

- Paracetamol B<sub>9</sub>

(AS)

1 cp j le matin

- Esac 20 mg

(AS)

1 cp j le matin

Pharmacie des Principautés

1241,00

3 83,90

Pharmacie des Principautés  
Marina BOC4  
Lot. Hay Al Azzur - Sidi Bernoussi  
Casa - Tel.: 05 22 76 76 98

Cin Mag 1 amp

1/1000 mg  
1/1000 mg  
1/1000 mg

IRINA S.A.  
NEDECHE GENERALISTE  
Sidi Bernoussi - Casa  
GSM: 09 94 43 14 1

Pharmacie des Principautés  
Marina BOC4  
Lot. Hay Al Azzur - Sidi Bernoussi  
Casa - Tel.: 05 22 76 76 98

GINMAG B6 10 Ampoules  
PPC : 124.00 DH  
Ut Av : 02/2023 Lot : 19/06  
IPHADERM

LOT 19 12  
PER 03/21  
PPV 59,30



LOT: N03  
PER: 06-2021  
PPV: 79,40 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16DMP/21/INNPR  
6 113001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16DMP/21/INNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH