

# 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

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- 0026525

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23643**

Matricule : 0836 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : /

Nom & Prénom : TAMALISSINE M<sup>me</sup>

Date de naissance : 01.01.1943

Adresse : 49-RUE MY JORISS EL AZHAR BELRECHID

Tél. 06 41 44 46 65 Total des frais engagés : 328,40 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 25

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 : BELRECHID Le : 21 / 02 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : *Joubert*



### RELEVÉ 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.01.2020	764
	22.02.2020	164

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

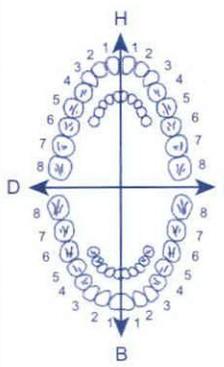
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

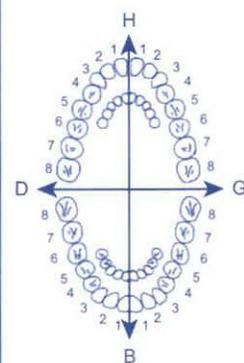
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné : Dr Poulet

Certifie que Mlle, Mme, M. : Jamellek Mohamed

Présente H70

Nécessitant un traitement d'une durée de :  
à long terme (50 ans)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

**PHARMACIEN**  
**OPHTALMOLOGUE**  
10, rue de la Liberté - Casablanca  
Tél : 0522 22 78 14

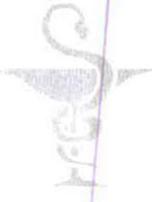
# PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid

LOT S029887 1  
EXP 06 2021  
PPV 164.20 DH



Facture N° 20200222-468

Date de vente : 22/02/2020  
Médecin traitant :

JAMAL EDDINE

BERRECHID  
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COSOPT CL 20/5MG 5ML COLLYRE MR	1	164,20	TVA (7.00%)	164,20

Total HT 153,46 DHS

TVA 10,74 DHS

**Total 164,20 DHS**

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre DHS et vingt centimes

Pharmacie 2000  
Docteur Kadiri Zineb  
22 boulevard Mohammed 5  
Berrechid 34000  
Téléphone : 05 22 53 36 05

# PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid

LOT S008174 3

EXP 12 2020

PPV 164.20 DH



Facture N° 20200222-903

Date de vente : 25/01/2020

Médecin traitant :

JAMAL EDDINE

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COSOPT CL 20/5MG 5ML COLLYRE MR	1	164,20	TVA (7.00%)	164,20

Total HT 153,46 DHS

TVA 10,74 DHS

**Total 164,20 DHS**

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre DHS et vingt centimes

Pharmacie 2000  
Docteur Kadiri L. Zineb  
22, boulevard Mohammed V, BERRECHID  
Téléphone : 05 22 53 36 05