

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-491560

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ 23661 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7513 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GHARZ KHADIJA  
 Date de naissance : 25/12/60  
 Adresse : Casablanca  
 Tél. : 0662467605 Total des frais engagés : 130 + 288,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Yasmine MASSAOUDI  
 Médecin généraliste  
 32, Lot d'Anoune, Sidi Maârouf  
 05 22 78 08 47

Date de consultation : 09/01/2020  
 Nom et prénom du malade : Ghazi Khadija Age : 60  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite aigüe + grippe  
 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 : Casablanca  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-491560

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).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



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
09/01/20	C	C	130,00	INP : 11127 4415

**Dr. Yasmine MASSAOUDI**  
 Médecin généraliste  
 32, Lot dandoune, Sidi Maarouf  
 05 22 78 08 47

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/20	288,80

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

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cariolaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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	

**Dr. Yasmine MASSA OUDI**  
Médecin généraliste  
32, Lot dandoune, Sidi Maârouf  
05 22 78 08 47

Date : 09/01/2020

Nom et prénom : Ghazi Khadija

## Ordonnance

UT. AV :

P.P.V. (DH) :

20,00

avant le :

PPC: 79,00 DH

19,00

Apixol simp

1 ccs x 3l' pdt 7j

20,00

Zucarm sachets

1 sachet x 3l' pdt 3j

134,80

Levomax 1g q

1 q x 2l' pdt 6j

55,00

Bismyglax q

1 q x 3l' pdt 5j

T = 288,80

55,00

LEVAMOX 12 COMPRESSES EFFERVESCENTES

PPV 134DH80  
LOT 92029 1  
EXP 03/2021

INPE  
092044

**Dr. Yasmine MASSA OUDI**  
Médecin généraliste  
32, Lot dandoune, Sidi Maârouf  
05 22 78 08 47