

## 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.

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° W21-603486

*59380*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1690	Société :	Ram
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL Eddine			
Date de naissance : 07-08-1944			
Adresse : Sétif 8 Résidence Jouglaar, Immeuble 3, Avenue Allal Ben Abdellah - Casablanca			
Tél. : 0664171744 Total des frais engagés : 68,90 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMAL Eddine Age : 76 Ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Rabat Le : 01/12/2020  
Signature de l'adhérent(e) : *C.B.*

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-603486
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 : 1690	
Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI J	
Total des frais engagés : 68,90 Dhs	
Date de dépôt : 08-12-2020	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>DR. KALOJI NAWAZI</b>	10/11/2020	687 90

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

#### **VOLET ADHERENT**

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

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

PHARMACIE AL ARAAR

MME KABBAJ NAWAL

AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT

RABAT

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° I.D.E. : 34527237

N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax : 037 565748

MR MAAROUFI JAMALEDDINE

I.C.E. :

Le : 01/12/2020

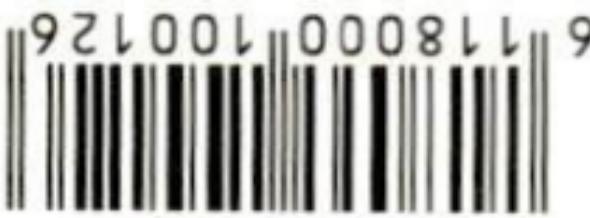
FACTURE N°: 4470/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	FLUDEX LP 1,5MG COMPS.30	68,90		68,90
Total :				68,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SOIXANTE HUIT DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS





30 Comprimés pelliculés  
à libération prolongée

**FLUDEX® LP**

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVIER MAROC  
Les Laboratoires Servier - France



لطفاً جمع إلزامي على 30  
لطفاً جمع إلزامي على 30

**LP** ®

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

لطفاً جمع إلزامي على 30 : II لطفاً

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

لطفاً جمع إلزامي على 30

68,90