

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 caractére 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

Nº M21- 0006876

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6289

Société : 66201

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBTO

KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



1 AVR. 2021

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-006876

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 : .....

## **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.

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	<b>W18-376011</b>	
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-376011

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mme 6229	<i>[Signature]</i>
Nom & Prénom : SEBTI KHAL				
Fonction :	Phone : 06.063.102.10			
Mail :	Khal Sebti.62@gmail.com			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient : SEBTI CATELLA			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age : 6 ans et 1/2	Date : 26/11/2021
Nature de la maladie : Asthme + RGO - Toux + pharyngite				Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>consulte</i>	<i>consulte</i>	<i>Gratuit</i>		
<b>PHARMACIE</b>	Date : 25/11/21			
Montant de la facture : 142,10				
Pharmacie Nassim Islame 18, R. Hennoune Soumache 318, Int. Nassim Islame Casablanca - Tel.: 05 22 93 85 98				
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				
Date :				Montant détaillé des Honoraires
Nombre				
AM	PC	IM	IV	

Promoplus Pharma

Docte

PPC = 78,00 DH

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء

Casablanca, le ٢٥/٠١/٢٠٢١ الدارالبيضاء ، في

L'enfant SEBTI Camelia

40,00

Bimylor

SV

25,00

deux x 31

Refloxicid

deux x 31

27,10

صيدلانية النسيم اسلام  
Pharmacie Nassim Islame  
Dr. Bennoune Nassim Soumaya  
315, Lot. Nassim Islame Lissass  
Casablanca - Tel.: 05 22 93 85 98

SV

142,10

PPV (DH) :

27,10

LOT N° :

UT. AV. :

40,00

i Maarouf - Casablanca - Tél. : 05 22 93 85 98