

# 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W21-624063

73360

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 7951

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMRABET AHMED

Date de naissance :

01/04/1966

Adresse :

ANDALOUS I RUE 3 N° 54 CASABLANCA

Tél. : 0679982679

Total des frais engagés : 294,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

08/06/21

Nom et prénom du malade :

SABRI AZIZA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MPM

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.



07 JUIN 2021

BOZACHA

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 :

Cardiologue

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/06/2021

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-624063

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 :

7951

LAMRABET

Nom de l'adhérent(e) :

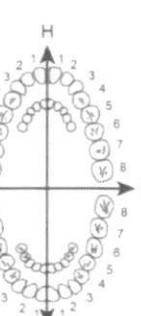
294,40

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

04/06/21

RELEVE 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		
10/05/2021	CHIRURGIE	1	150 DH	INP : 1234567890		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
PHARMACIE 1000671	21/05/2021	144,10				
ANALYSES - RADIGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
...	...	...	...			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 HONORAIRES																									
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.																									
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																					
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>										H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
				H	25533412	21433552																			
				D	00000000	00000000																			
				B	00000000	00000000																			
G	35533411	11433553																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession																									
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																									
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>					<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				



**Zucam®**  
Granulés

LOT N°:

UT. AV:

P.P.V. (DH):

20,00

**FUMAFER®**

fumarate ferreux **200 mg**  
(équivalent à **66 mg** de fer)

PPV 25,10 DH  
LOT C084 PER 01/25

100 comprimés  
voie orale



**NEOFORTAN® 150 mg**  
8 suppos

Phloroglucinol

PPV 19DH60 EXP 01/2022  
LOT 0N038

**AZIX®**  
Azithromycine **500 mg**

PPV: 79DH70  
PER: 11/23  
LOT: J3282

