

# 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.

## Biologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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° M21- 0060236

76307

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 493

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJHAMOU Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

0522364559

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

M

30

JUN 2011

Age :

Lien de parenté :

R

☐ 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                    | Dents<br>Traitées  | Nature<br>des soins | Coefficient | Coefficient<br>des travaux | Montant des soins | Début d'exécution | Fin d'exécution |
|------------------------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
|                                    |  |                     |             |                            |                   |                   |                 |
| <b>ODF.</b><br>Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553 |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                                    | (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                                    |  |                     |             |                            |                   |                   |                 |

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

|  |                          |                        |
|--|--------------------------|------------------------|
| <b>VOLET ADHERENT</b>  | NOM: <u>H.A.J. HAMOU</u> | Mle <u>493</u>         |
| <b>DECLARATION N°</b> <u>P 17/0065519</u>  |                          |                        |
| Date de Dépôt  | Montant engagé           | Nbre de pièces jointes |
| <u>29/6/2021</u>   | <u>1296,40</u>           | <u>1</u>               |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle. |                          |                        |



P 17/0065519

DATE DE DEPOT 29/6/2021

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>   |   | Mle <u>493</u>                  | Signature et<br>cachet du<br>Praticien |
| Nom & Prénom <u>H.A.J. HAMOU</u>  |   | <u>Joachim/da</u>               |  |
| Fonction <u>C de B</u>  | Phones <u>0522 36 15 59</u>                             |                                 |  |
| Mail  |   |                                 |  |
| <b>MEDECIN</b>  | Prénom du patient <u>H.A.J. HAMOU</u> <u>Sacquelina</u> |                                 |  |
| Adhérent <input type="checkbox"/>   | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>            | Enfant <input type="checkbox"/> | Age <u>85 ans</u>                      |
| Nature de la maladie <u>HVA</u>   |   |                                 | Date <u>3/5/2021</u>                   |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances   |   |                                 | Date 1ère visite                       |
| Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires<br><u>C</u> <u>1</u> <u>CA</u> |   |                                 |  |
| <b>PHARMACIE</b>  | Date <u>3/5/2021</u>                                    |                                 |  |
| Montant de la facture   | <u>1586,40</u>  |                                 |  |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>   |   | Date                            |  |
| Désignation des Coefficients  | Montant détaillé des Honoraires                         |                                 |  |
|   |   | CACHET                          |  |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>   |   | Date                            |  |
| Nombre<br>AM PC IM IV   |   | Montant détaillé des Honoraires |  |
|   |   | CACHET                          |  |

Dr. F. Z. Moussaoui

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir  
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I  
Appartement 4 Ooulfa - Casa  
Tél. : 05 22 93 41 48

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

الطب العام

تجزئة الزبير  
مجموعة الضحي (عمارة)  
112 I شقة 4 الألف  
الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le

3/5/2021

الدار البيضاء، في

Haj Hamou Jacqueline

3x138.20

1) Milbrine 300 mg (x3)  
1 q/8 Mar

PPV

139,20

PPV  
LOT

PPV  
LOT  
DEP

139,20

2) Aldactone 50 mg (x4)  
1 q/8 Mar

P.P.V: 57DH70

P.P.V: 57DH70

LOT: B24044

EXP: 02 2022

P.P.V: 57DH70

LOT: B23056

EXP: 10.2021

3) Plavix 75 mg (x3)  
1 q/8 pdr

Plavix 75 mg, cp, b 28  
P.P.V: 316,00 DH

3 mois

6 118001 081257

Ain sebaï Casablanca

Plavix 75 mg, cp, pol b 28  
P.P.V: 316,00 DH

6 118001 081257

Ain sebaï Casablanca

Plavix 75 mg, cp, pol b 28  
P.P.V: 316,00 DH

6 118001 081257

1586.40

PHARMACIE  
DR. F. Z. MOUSSAOUI  
Lotissement Zoubir - Imm. 112 I  
App. 4, Oulfa - Casa  
Tél. : 05 22 93 41 48

Dr. F. Z. MOUSSAOUI  
HAJ HAMOU  
Lotissement Zoubir - Imm. 112 I  
App. 4, Oulfa - Casa