

# 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

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- 0060494

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2647 Société : 76902

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHAREF EL MOUSTAFA

Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ 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 Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis													
		Fin d'exécution													

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N° <b>P 14/0024503</b>		
Date de Dépôt	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		



P 14 / 24503

DATE DE DEPOT  
/ /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>2642</b>
Nom & Prénom <b>RIMEL ELHASSAN</b>		Signature de l'adhérent
Fonction	Phones	
Mail		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et cachet du médecin
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	

<b>PHARMACIE</b>	Date
Montant de la facture	
<b>100,60</b>	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

صيدلية النيرة  
PHARMACIE AN-NIA  
Lotissement - Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 93 46 33

Pharmacie :

VILLE :

صيدلية النية 30/8/2022  
PHARMACIE AN-NIA  
Lotissement Ass. 4A - Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522 93 43 33

QUANTITE	PRODUITS	
1	certec cp	50,00
1	omig	22,50
1	vogalene sp	28,50
		<hr/>
		100,50

Montée la présente facture à la somme de 100 dh et 60 St

صيدلية النية  
PHARMACIE AN-NIA  
Lotissement Ass. 4A - Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522 93 43 33

PPV: 50DH00  
PER: 06/23  
LOT: J1733

22,50

28,50

Lot :  
EXP :  
PPV :

**VOGALENE**  
Solution buvable 150 ml