

## **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 canalaire, 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 prothèse

- 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

- Autres liens utiles**

  - Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
  - Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
  - Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-623031

**die**  
Dear Germany

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SOUSI MENERSI MILA			
Date de naissance :	01/07/47		
Adresse :	81801 La Ferté-en-Brenne		
Tél. :	02 60 10 85 46		
Total des frais engagés :			Dhs

<p>Cachet du médecin :</p>	<p><b>Dr. BAHICH HASSAN</b> Médecine générale Bd Hassan II Lot 206 Tissir I Berrechid Gsm : 06 36 01 49 94</p>
Date de consultation :	16/3 / 2014
Nom et prénom du malade :	MENNAN HATAR
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection ORL
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
<p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</p>	

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)** : ..... 

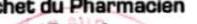
Le : ..... / ..... / .....

<b>VOLET ADHERENT</b>	
Déclaration de maladie	<b>N°</b> W21-623031
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 :	11451
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
7/3/2019	C		1500M	INP : 061119161918  <del>Dr. BARICH HASSAN</del> Médecine générale Hassan II Lot 206 Bd

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	GSM Montant de la Facture
	16/03/2021	102,90

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILLIAIRES 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 HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>H</b>	<b>G</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	25533412	21433552		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	00000000	00000000		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	<b>B</b>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Dr. BAHICH Hassan

Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE Générale



الدكتور بهيشه حسن

الطب العام  
الفحص بالمنزل

Le : 16/3/2021

Nom et Pénom : HENNAN HAFJAR

77,90

Augmentin 500



170,90

- 1 sachet x 3

- Aspegren

- Docynex

23,00

- Kopred

BAHICH  
Médecine Générale  
Bd Hassan II Lot 206  
Tissir I Berchid  
Gsm : 06 36 01 49 94

AUGMENTIN  
500mg/62,50mg  
12 sachets

PPV : 79,90 DH  
LOT : 644090  
PER : 09/21

LOT : 2730  
UT.AV : 04-22  
PPV : 23DH00

Kopred® 5 mg  
Boîte de 30 comprimés

6118000 094876

Pharmacie RAMI  
Dr Hassan  
Dr BAHICH  
Chlef  
Ville : 05 22 37 70 50  
N° 20 Bd Hassan II  
Tissir I Berchid  
Gsm : 06 36 01 49 94

شارع الحسون الثاني (طريق المكاره) ، رقم 206 في التيسير 1 أمام صيدلية حي الحسني - برشيد  
d. Hassan II Lot N° 206, Hay TISSIR 1 En face de Pharmacie Hay El Hassani - Berchid