

# 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.

## **rmacie :**

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.

## **cique :**

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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M21- 070019

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

87110

61AP

Société :

Matricule :

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

A NAUVE

ABDELJALIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 05 22 20 45 47

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

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



# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Optique 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.

## 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.

## 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° P19- 0000958

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : ..... 6119 ..... Société : ..... RAI

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ANANE Abdellah Date de naissance : 26/02/1962

Adresse : Marrakech

Tél. : 0661788247 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RACHIDI Tariq  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rés Al Bassatine Bloc L, Apt. 132  
Av. Sidi Massass M'hamed - Marrakech  
Tél. 0522 20 45 45 - INPE 07115557

Date de consultation : ..... 16 SEP. 2021

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vice De Praticice

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 : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 16.10.2021

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0000958

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 : .....

## 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
16 SEP. 2021	C.S		200 DA	Dr. MACHIDI Taha MOLOGISTE Bne Blanche - Agpt. 100 Chamcha - Marrakech INN : 07118553

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16-8-91	98.30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur RACHIDI Tariq**  
**Ophthalmodiaglogue**

- Chirurgie De Cataracte (Phacoemulsification)
- Chirurgie Réfractive
- Strabologie - Voies Lacrymales
- Ophtalmologie Pédiatrique
- Diplôme de Contactologie - Paris
- Diplôme de Traitement et d'Imagerie Rétinienne - Paris  
(Angiographie - Laser - OCT)



Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Ancien Intern du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août de Casablanca

- الدكتور رشيد طارق  
أخصائي في أمراض وجراحة العيون
- جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
  - تصحيح النظر بالليزر
  - طب العول - مسالك الدموي
  - طب العيون للأطفال
  - دبلوم العدسات اللاصقة - باريس
  - دبلوم أمراض الشبكية - باريس
  - تصوير أوعية الشبكية و الليزر

طبيب سائق بمستشفيات باريس

طبيب سائق بمستشفي 20 غشت بالدار البيضاء

طبيب داخلى سائق بالمستشفى الجامعى ابن رشد بالدار البيضاء

Marrakech, le:

**16 septembre  
2021**

**Mr ANANE Abdelmjid**

75.70

1/ ZALERG



1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

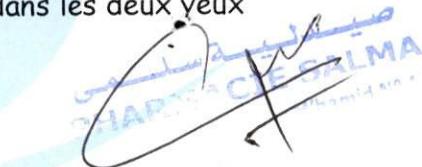
22.60

2/ FLUCON COLLYRE

SV

1 goutte 4 fois par jour, pdt 8 jours  
puis 1 goutte 2 fois par jour, pdt 4 jours, dans les deux yeux

98,30



شارع كاسة (طريق المطار) إقامة السانتا (بضفدع) بجهة ل. الطابق الثاني رقم 132، ( أمام المركز الصحي الحماديد )، فوق وفا إيموبيلي، الحماديد - مراكش  
Av. GUEMMA (Route de l'Aéroport), Rés. Al Bassatine (avec Ascenseur), Imm. L, 2ème Etage, N° 132, (En Face du Centre de Santé M'Hamid)  
Au dessus de Wafa Immobilier, M'Hamid - Marrakech / Tél: 05 24 20 21 20 - GSM : 06 32 92 21 21 - E-mail: Dr.RACHIDI.Tariq@gmail.com  
ICE: 00194170500040 - INPE : 071185557 - PATENTE : 67100132