

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **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.

## **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 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 062080

99349

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3134 ..... Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

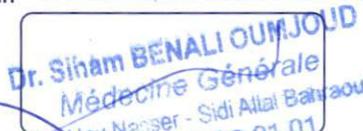
Date de naissance : 1953

Adresse : N° 38 SIDI ALLAL BAHRAOUI HAY NASR

Tél. : 06 15 02 25 71 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2021

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

Lien de parenté :  Lui-même  Bonjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bruxisme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 JAN 2022

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) : mgs

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie

Nº P19-062080

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
20/12/21	CS		1000 Dhs	Siham BENALI Médecine Générale 134, Hay Nasser - Sidi Allal Bahraoui Tél : 05 37 52 01 01

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
20/12/21	20/12/21	349,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

080 3

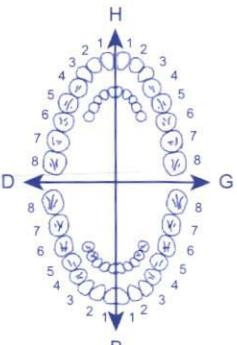
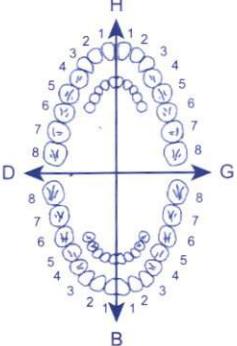
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
												
												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>								
<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>MONTANTS DES SOINS</b>								
				<b>DATE DU DEVIS</b>								
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doctor Siham BENALI OUMJOUD

Médecine général

diplômée de la faculté de Médine et  
de Pharmacie de Rabat



الدكتورة سهام بن علي أمجوض

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

SAB, Dr. Siham BENALI OUMJOUD

Médecine Générale  
Sidi Allal El Bahraoui

134, Hay Nasser - Tel: 05 37 52 01 01

Zehra

① Cotipred 20 mg  
48.50 - cotipred 20 mg  
3 - 0 - 0 PDI

21.40

② - Butamyl : 5 ml  
1 C 5 x 3 fois J

131.70

③ - Nasonex 50 µg/dose  
2 pell. j

44.80

④ - Megaflex 500 mg  
1 CP X 21 N

73.40

⑤ - Enlur 5 mg x 1

349.80

Dr. Siham BENALI OUMJOUD  
Dr. Siham BENALI OUMJOUD  
Médecine Générale  
Sidi Allal El Bahraoui  
134, Hay Nasser - Tel: 05 37 52 01 01

21,60 ↵

134, Hay Nasser, (Prés de la Mosquée Nasser)

Sidi Allal El Bahraoui

Tél : 05 37 52 01 01

134، حي النصر (قرب مسجد النصر)

سيدي علال البحراوي

Cotipred® 20 mg  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables

6 111 PPV : 48DH50

PER : 10/24

LOT : K2831

bouteille

BUTAMYL®  
Salbutamol  
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH

6 118000 190189

NASONEX® 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V. : 131.70 DH

Distribué par MSD Maroc

6 118001 150199

Megaflex

10 Comprimés

PPV: 92DH50

6 118000 070610

Enlur 5 mg

7 Comprimés Pelliculés

6 118000 180852

PPV  
LOT  
PER