

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

N° P19-0047966

107832

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	948	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	VENNE
Nom & Prénom :		AZEDDOU ZINEB	
Date de naissance :		15/01/1947	
Adresse :		Rue 14 n°11 Bine laoudoune CASA	
Tél. :		06 49 91 99 12	Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	B		
Date de consultation :	04/03/2022	Norm et prénom du malade :	AZEDDOU ZINEB
Age :	78	lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diabète Thyroïde HTA (cœur et PJ)			
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) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
04.03 22	04.03 22	1079.20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PER: 09/2024  
LOT: 21E012

ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML  
P.P.V: 17DH70  
6 118000 0108

78,70

الدكتورة كاريyo بلقاصي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

DR. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE META

Lauréate de la Faculté de



PPV: 49,60 DH.  
LOT: 21I29  
EXP: 09/2024

Casablanca, le : 04/03/22

M<sup>me</sup> ATEDDOU fin

24,40 { Lantus 100 U/ml  
18,70 \* { Dimetan 60  
AD 1000  
22,40 Detenel 10  
Deux table  
Dimetane 10

22 le soir  
1 le matin - avant

1 cp x 3 J

1/2 cp po

1 dose ts

1/2 cp - 2 J

DÉTENIEL® 10 mg  
10 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV: 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

22,70

18,70 Pois 4 mois

Eludril snap bon bouché

Dolipen 500 eff.

22,70 Rinosicine - 200ml

Dr. CARIOU  
ENDOCRINOLOGIE  
119, Bd. BIR ANZARANE

78,70

1071,20

الطباق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

05 22 99 26 53 - 05 22 23 84

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Por

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E

Sarcoff-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml. Inj. b6. sty  
P.P.V. : 744,00 DH

6 118001 081515

119، شارع بير انزارا

الهاتف

20100 CASABLANCA

ICE : 001634169000021