

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

M22- 0008132

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M22 Société : M.8580
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUSSA MAUKA
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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/05/2022 | | C1=200, 200 | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 18.05.2022 | 385.60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des coefficients | Montant des honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du praticien | Dates des soins | Nombre | | | | Montant détaillé des honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : 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 |
|---|----------------|------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> </div> <div> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> </div> </div> | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> </div> <div> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> </div> </div> | | | |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|---|--|
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> </tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | G | D | 00000000 | 00000000 | | | 00000000 | 00000000 | | | 35533411 | 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | 25533412 | 21433552 | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 35533411 | 11433553 | B | | | | | | | | | | | | | | |
| | MONTANT DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le 18/05/2022, الدار البيضاء, في :

Moussa Yalike - Adulte
18 ans

1) Brucellose de l'oreille

10cc / litre d'eau pour
soin locale et

2) Compresse stérile

168.20

3) Augmentin 1g

10x21 3 ans

PHARMACIE CHIMIAVITA
174, Bd. Oued Sebou
Casablanca
Tél: 05 22 91 12 77
GSM: 06 61 31 09 83

DR. ARAFA Sakina
Médecine Générale Echographie
Bd. Oued Sebou - Rue 174 N°65
Tél: 05 22 91 12 77
GSM: 06 61 31 09 83
INP: 091 01 1973 / ICE: 00210345000043

notice : voir notice

Pharmaceutical Institute
R S 203 OUMAZA Region Rabat

PHARMACIE CINEMA ANFA
Naoual BENTAYEB
Bis Bd. El Abderrahmane
Day El Hana - Casablanca
Tél : 05 22 36 87 62

IXOR 20 mg 14 comprimés effervescent

ch' 682

PPU: 168, 20
LOT: 648308
PER: 08/23

Bd. Grund 00 21 94 12 77
Telfax 00 21 94 12 77
KVP 091 01 19 79 / CE: 00210341/05000034



4) $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$