

# 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 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9275** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom :

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) : .....

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-725391

|  |  |                                  |                                 |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                                     | <input type="checkbox"/> Dentaire          | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| <b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>                                |  |                                  |                                 |
| Matricule : <b>9275</b>  | Société :                                  |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                                       | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)      | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : <b>Benali Najat</b>                                   |  |                                  |                                 |
| Date de naissance :  |  |                                  |                                 |
| Adresse : <b>Rue Rhamma Res Ouerzazate Apt 13 Case 0672 95 00 51</b> |  |                                  |                                 |
| Tél. : <b>06 72 95 00 51</b>   | Total des frais engagés : <b>490,9 Dhs</b> |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |                                   |                                 |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Cadre réservé au Médecin</b>   |  |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |  |                                   |                                 |
| <div style="text-align: center;"> <b>Dr. Hassan CHAHID</b><br/> <b>OMNIPRATICIEN Echographie Clinique</b><br/> <b>D.U. en Diabetologie</b><br/> <b>148, Rue Moulay Ismaïl, Hay Baladia - Casablanca</b><br/> <b>au dessus de la pharmacie "Hay El Rabta"</b><br/> <b>Tel. : 05 22 30 91 91</b> </div> |  |                                   |                                 |
| Date de consultation : <b>01 NOV 2022</b>   | Nom et prénom du malade : <b>Ben Ali Najat</b> | Age : .....                       |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même              | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <b>Enfermement</b>   |  |                                   |                                 |
| 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 : **Casa Blanca**

Signature de l'adhérent(e) : **Benli**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie      N° W21-725391

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 : **9275**  
 Nom de l'adhérent(e) : **Benali Najat**  
 Total des frais engagés : **490,9 Dhs**  
 Date de dépôt : **Hassan Chahid**

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

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet de la Clinique du Médecin attestant le Paiement des Actes                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 1 NOV. 2022     | C-2025            | 1                     | 202.3                           | INP 091039873<br>Dr. Hassan CHAHID<br>MATCEN Echo Clinique<br>Casablanca<br>Signature |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <b>Pharmacie</b><br><u>Argane</u><br><i>Nexha El Aoud</i><br><small>Bachir en Pharmacie</small> | 01/11/2012 | 290,70                |

092010982

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de l'QDF.

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie

Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition

Diplôme universitaire en échographie clinique

Faculté de Médecine Montpellier France

ELECTROCARDIOGRAMME

Membre de la société Francophone du Diabète  
sur rendez-vous

9 NOV. 2022

Casablanca, le..... الدار البيضاء، في

## الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري

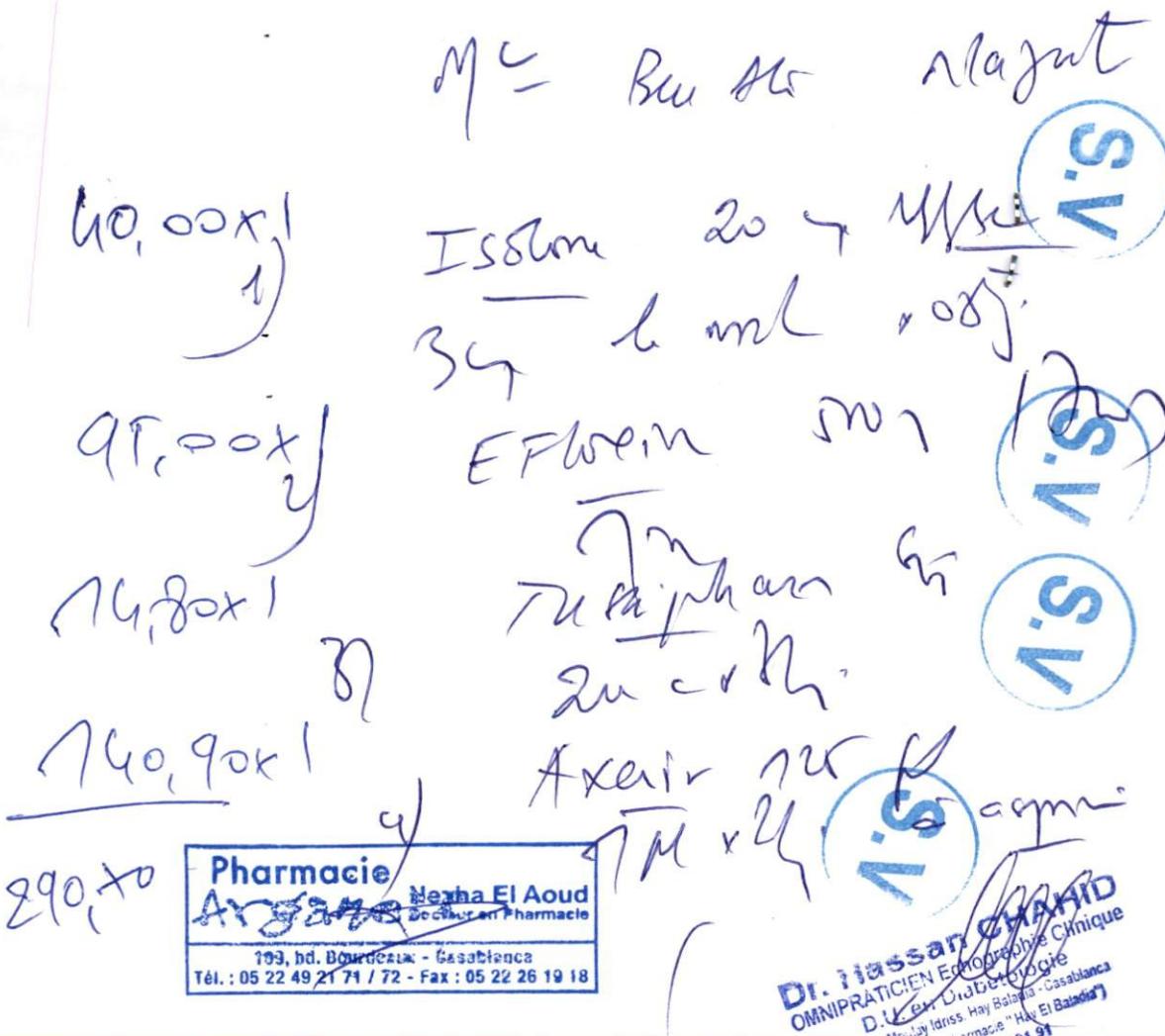
دبلوم جامعي في الحمية الطبية والتنقية

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

من كلية الطب مونبولي - فرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

عضو الجمعية الفرونوكوفونية لمرض السكري  
بالموعد



PPV: 140,90 DH  
LOT: 21K16  
EXP: 11/2023

40,00

Lot: LOT : 22010?  
Exp: EXP : 02/2017  
PPV: PPV : 95,00 DH  
Exp:

PPV 14DH80 EXP 11/2024  
LOT 10075 4

**TUSSIPHAN®**  
**125 ml**