

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 002285

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUAKHCHACHE SANAA  
 Date de naissance : 15/03/1966  
 Adresse : HHY ALWALAH TRC SEC 1 IM 1 AP 124 Sidi Moussa  
 Tél. 06 67 67 44 60 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/11/2022  
 Nom et prénom du malade : Ouakhchache SANAA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète + Lombalgie  
 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) :



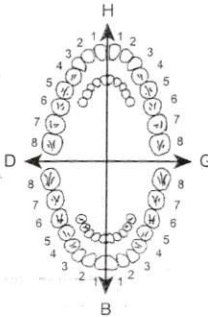
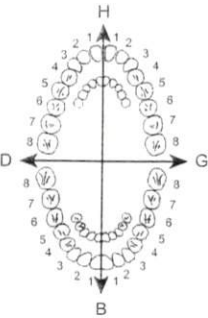
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**DEVIS DES SOINS DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser les dents traitées, l'acte prescrite 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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil  
(Reda Guedira)-Mabrouka

الدكتور مصطفى خليل

14, شارع النيل  
(رضا كديرة) - مبروكة

Tél : { CAB. Fax : 0522 37 12 80  
URGENCE : 0663 09 41 09

{ عيادة - فاكس : 0522 37 12 80  
المستعجلات : 0663 09 41 09

Casablanca, le 01.11.2022.....

Ouahchachi SANAA

43,30

- ADO 19

1cp matin et soir

56,90

- Feldene 2mg supp

18ppo le soir

82,10

- Luxium bte de 14

1cp le soir

14,50

- Doliprane 1000 cp N

1cp x 3 fois par jour

22,60

- X Kadol Pom.

3frictions par jour

218,90

SV

SV

SV

SV

SV

PHARMACIE SAHIM  
Dr LACHAL Mokine  
Attacheprouk, Sidi Moumen  
Casa - Tél : 05 22 70 08 14

Docteur Mustapha Khalil  
14 Av. du Nil (Reda Guedira)  
Mabrouka - Casablanca  
Tél : 05 22 37 12 80  
Fax : 05 22 37 12 80  
URGENCE : 06 63 09 41 09

43,30

PPV 22.60 DH  
LOT C392 PER 04/24

**FELDENE**  
20mg PIROXICAM

LOT N° :

UTAV. :

P.P.V :

56,90

09366045/7

PPV:14DH00

PER:10/24

LOT:K2800



**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair bnou al bouam roches  
noires casablanca

**INEXTRUM**

20 mg

Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRO P.P.V: 82.10 DH



6

118001

020591