

# 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 : 187X

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 rééducation.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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**

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **1875**

Société :

Actif       Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **OLYMPIA HACHAHI SANAA**

Date de naissance : **15/03/1966**

Adresse : **HAY AL WALAA TR 6 Se 1 IM 1 AP 184 Sedi. Yame casa**

Tél. **06 67 67 44 60**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/11/2022**

Nom et prénom du malade : **OLYMPIA HACHAHI 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 CNPD N° : A-A-215 / 2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22- N° 002285**

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 : .....

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin	Reçu et signature du Médecin
26/10/2022	C	1	120,00		RECEU DU M. DENTISTE TEL: 05 21 51 80 80 - Port 06 63 00 94 69 Carabianca Résidence Musapha Résidence Carabianca Musapha

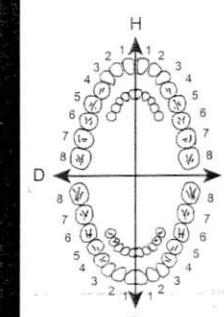
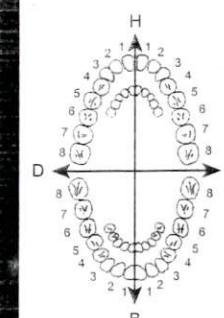
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE SALLE LACHAIDI SIDI MOUSSA	24/10/22		213,80

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES POM 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 l'ODF.			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
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

**Docteur Mustapha Khalil**

14, Avenue du Nil  
(Reda Guedira)-Mabrouka

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

**الدكتور مصطفى خليل**

14، شارع النيل  
(رضا كديرية) - مبروكة

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

Casablanca, le..... 24 / 10 / 2022.

Quarantine SANAA

16,60

- Diprostene 1 bte

à faire ce jeudi en 1/4



11,70

- Profenid 100

à faire ce vendredi



12,50

- Nootropylantropyl

rec apès 3 de pas



54,50

- Hivernex S/S

1 stick 3 f. jeud



49,60

- Z-Cine forte bte de 3

1 amp per os chaque mois



213,90

CASA - Tel.: 05 22 70 08 17  
Attachouk, Sidi Mounir  
Dr. LACHAAL NORDINE

PHARMACIE SALAH  
Dr. KHALIL (Mustapha)  
14 Av. du Nil (Reda Guedira)  
Mabrouka (Casablanca) TEL: 05 22 37 12 80  
INN: 05 108 1699 Port: 05 83 09 41 09

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.R.V. 56.60 DH



44,70

**NORMOGASTRYL**

PPV 120H00  
EXP 10/2025  
LOT 16099 6

LOT 087345/FC4  
03/2024 P.P.C 54,00

PPU: 49,60 DH  
LOT: 21K17B  
EXP: 11/2024