

## 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- 0020122

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AICH ABDELIAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661390344 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 / 02 / 2023

Nom et prénom du malade : EL AICH ABDESSALAM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs thoraciques

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) :



# 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
25 02 23	E2 + E29 +	C1	250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE AL MADINA MONAOURA</b> <b>Dr. Aouatif HAMDOUN</b> Lot. EA 257, Immeuble N° 1 Pôle Urbain de Nouaceur Casablanca - Tél. 0522 53 94 01	25 FEV 2023	36,00 dh

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

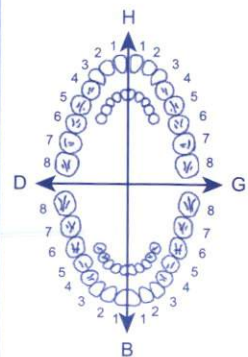
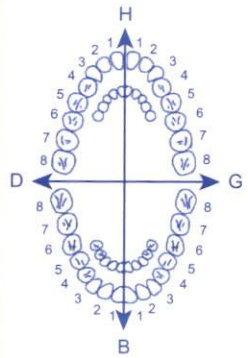
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                         H                          25533412 21433552                          00000000 00000000                          D                          00000000 00000000                          35533411 11433553                          B                     </div> <div>G</div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Deroua, Le 25/02/2023

El Aidi

ABDESSALAM

36,00

1) Vaseline



T = 36,00

ACL 202 540 6

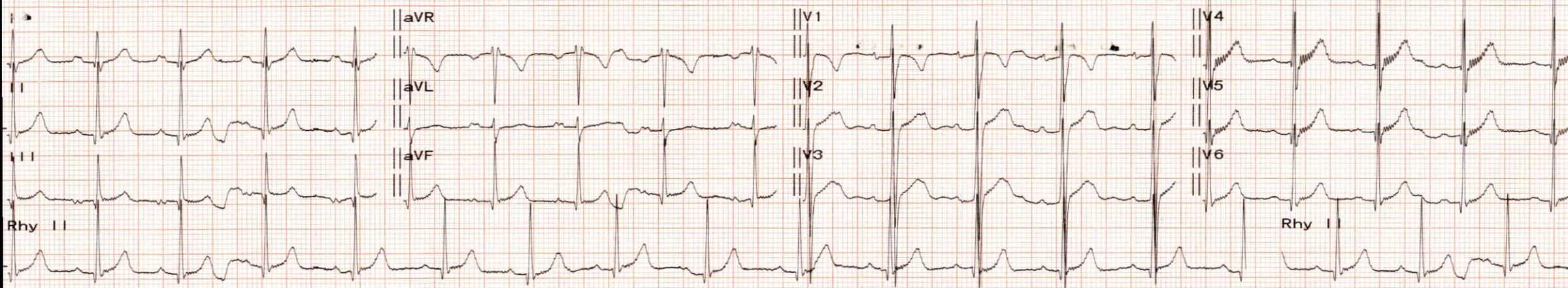


PHARMACIE AL MADINA MONACI  
Dr. Aouatif HAMDOU  
Lot EA 257, Immeuble  
Pôle Urbain de Noue  
Casablanca - Tél

Dr. Hamza JAMI  
Médecin Généraliste  
252, 1er étage, Lot ALWABDA  
Deroua - Tél : 0622 036 000



10 mm/mv 0.50Hz-75Hz AC 50Hz 25mm/s 2023-02-25 10:19



ID : 2302250000  
NAME : **EL AICH ABDELMAM** BP : mmHg  
AGE : yr SEX :  
HEIGHT : cm WEIGHT : kg  
HR : 83 bpm  
P Dur : 94 ms  
PR int : 179 ms  
QRS Dur : 82 ms  
QT/QTc int : 321/381 ms  
P/QRS/T axis: 17/73/50 °  
RV5/SV1 amp : 2.558/0.924 mV  
RV5+SV1 amp : 3.482 mV  
RV6/SV2 amp : 1.717/2.393 mV

83 HOSPITAL: DOCTOR:

**Dr. Hamza JAMALI**  
Médecin Généraliste  
23 rue étage 101 AL HANNA  
Deraia - Tél: 0592 039 000