

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-775845

*Couvert  
153980*

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

*6501*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

*BAKRAL BRAHIM*

Date de naissance :

*03 - 01 - 1962*

Adresse :

*LOT AMGACA N° 58 TARS 4 DAK*

Tél. :

*0662889993*

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr. DIOURI Med Jallil  
Neuro-chirurgien  
9, Rue Imam Malek Guéliz  
Marrakech - Tel : 05 24 43 26 26*

Cachet du médecin :

Date de consultation :

*14 DEC 2022*

Nom et prénom du malade :

*BAKRAL BRAHIM*

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*à la depresy*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : *MAROC* Le : *07/13/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-775845

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE 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
11 DEC. 2022	Ca		300,00	INP : Dr. DIOULY MED Neuro-chirurgien 9, Rue Imam MALEK oueliz Marrakech INR : 07 104 5140

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournilleur	Date	Montant de la Facture
Dr. Abdelchahid Centre Commercial Borj Targa - Marrakech Tél : 05 24 34 34 60 <b>272016272</b>	14/12/2022	1844,00

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

## 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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		$  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  B & &  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		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				



PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC 830  
P.P.V :132DH00  
PER.06.2025

0  
LOT :22E007  
PER.04.2025  
6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC 830  
P.P.V :132DH00  
PER.04.2025

0  
LOT :22E007  
PER.06.2025  
6 118000 062301

PPV:156 DH 20  
CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

PPV:156 DH 20  
CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2