

## 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](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.

**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° W21-805979

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 629 Société : AG4656

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : \_\_\_\_\_

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 9 JUN 2023

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) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-805979

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 : \_\_\_\_\_



Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin de l'exécution																	

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie : 0629
Nom & Prénom <b>HACHEM OMAR</b>		
Fonction : <b>Le haché</b>	Phones : <b>06612112 57</b>	
eMail : <b>omarhache@gmail.com</b>		
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient <b>HALINA</b> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <b>70 ans</b>		Date : .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite .....
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b> Date <b>08/06/23</b> Montant de la facture <b>37.67</b>		<b>Pharmacie Les Capucines</b> Mme <b>BENCHEKROU</b> Bd. Massira Al Khadra - NAWAL Tél : <b>022 39 88 66</b> / <b>04 00 47</b>
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires		Date : .....
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Nombre AM PC IM IV		Date : <b>09 JUIN 2023</b> Montant détaillé des Honoraires 



Facture N° 20230608-698

Date de vente : 08/06/2023

Médecin traitant :

SADIQ HALIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DIPROSALIC PD 30G POMMADE DERMIQUE	1	37,60	TVA (7.00%)	37,60

Total HT	35,14 DHS
TVA	2,46 DHS
<b>Total</b>	<b>37,60 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trente-sept DHS et soixante centimes

Pharmacie Les Capucines  
Mme BENCHEKROUN Nawal  
Bd. Massira Al Khadra - CASA  
Tél. : 022 39 89 69 / 94 00 47



# ECG

Dr TOUHAMI Ilham

NOM:OMAR HACHEM

ID :

Genre :Homme

Age :80

DOB :07-03-1943

Date of Test :06-06-2023 17:17

Case #:

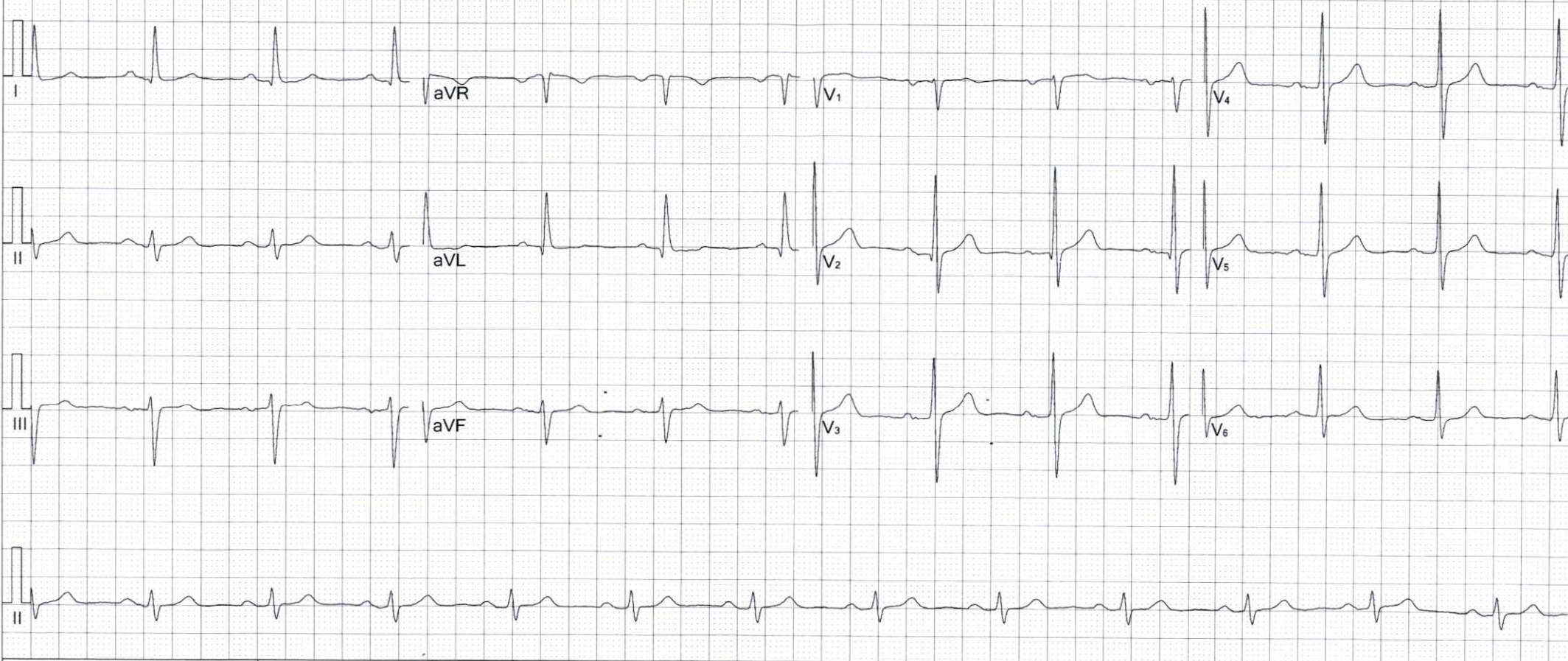
Investigation #:

Médecin Référent:Dr TOUHAMI Ilham

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On

Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	381 ms
Durée Echantillon :	89 s	Intervalle QTc :	408 ms
FC :	69 bpm	Axe P :	23.5°
Durée P :	98 ms	Axe QRS :	-29.6°
Durée QRS :	90 ms	Axe T :	69.0°
Durée T :	261 ms	RV5/SV1:	1.22/0.51mV
PQ Interval :	186 ms	RV5+SV1:	1.73mV

Suggestion :

Docteur Ilham TOUHAMI  
Cardiologue  
44, Rue des Hôpitaux 4ème Etage  
N°21 - Casablanca  
Tél:0522 27 16 27 - INPE:091202929

Signature Médecin:

30 غ

ديبروزاليك<sup>®</sup> مرهم  
بيتاميتازون، حامض ساليسيليك  
للدهن

ديبروزاليك<sup>®</sup> مرهم

LOT : 768  
PER : JUN 2025  
PPV : 37 DH 60

