

## 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

N° W21-807841

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41201 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MALKI MANJEE

Date de naissance : 16/03/59

Adresse :

Tél. : 0662 764 836 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/05/23

Nom et prénom du malade : Malki Anas Age : 13

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

Nature de la maladie : Vaccin

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 : / /

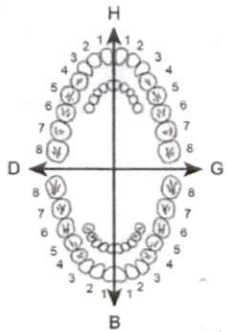
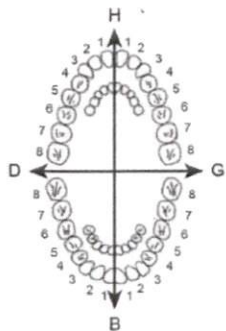
Signature de l'adhérent(e) :

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
21/06/23	G		2090	INP : 091181791

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULTANA Dr. Fatima CHAFIQ Oued Deraa B. 2 Rue 44 N°8 - 10 Mugilier Oulfa - Tél: CS 22 93 29 64	21/06/23	907.00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) 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



Intramusculaire

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 496,00 DH  
ID: 649683  
118001142392

on  
médecine



د. كوثر اريب

اختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى

الأطفال بالدار البيضاء

Ancien medecin résidente à l'Hôpital  
d'enfants à Casablanca

## ORDONNANCE

Casablanca, le: 21/06/23

Nom: jalki Ancis

Age: 7 ans

Poids: 67 kg

4M.00

1 fl Hexaxim SV

496.00

21 symflon SV

907.00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2°  
AIG SP  
P.P.V: 411,00 DH  
118001 082063

PHARMACIE SOULTANA  
Oued Derâa & 2 Rue 54 N°8 - 10  
partier Oulfa - Tél: 05 22 93 29 64

Dr. Khatir ERBIB  
Médecin Spécialiste en Pédiatrie  
Oued Derâa - Rue 52 N° 55 - 2ème Etage  
Oulfa - Casablanca - Tél: 05 22 93 29 64

شارع واد درعة. زنقة 52. رقم 55 الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء  
Bd, Oued Derâa, Rue 52, N° 55, 2<sup>ème</sup> Etage - Oulfa - Casablanca  
Tél. : 0522 930 777 - Urgence : 0634 375 951

**Dr. Kawtar ERBIB**

**Spécialiste des maladies  
de l'enfant et du nourrisson**

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'Hôpital  
d'enfants à Casablanca



**د. كوثر اريب**

اختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى

الأطفال بالدار البيضاء

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 21/06/23  
Nom : Malki Anas

Age : 7 mois  
Poids : 67 kg

Fin d'une consultation spécialisée

Deux cents Dirhams (200,00 dh)



شارع واد درعة، زنقة 52، رقم 55 الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء  
Bd, Oued Derâa, Rue 52, N° 55, 2<sup>ème</sup> Etage - Oulfa - Casablanca  
Tél. : 0522 930 777 - Urgence : 0634 375 951