

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-810071

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 8815

Matricule : 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 :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-810071
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 :	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																																																																																	
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																																																																																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		<b>Détermination du coefficient masticatoire</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21 22</td> <td>GAUCHE</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>47</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>45</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>44</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>43</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>42</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>41</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>31</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>32</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>33</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						H		DROITE	11 21 22	GAUCHE	21433552	12	23	24	00000000	13	25	26	00000000	14	27	28	00000000	15			35533411	16			11433553	17				18				48				47				46				45				44				43				42				41				31				32				33			
		H																																																																																			
DROITE	11 21 22	GAUCHE	21433552																																																																																		
12	23	24	00000000																																																																																		
13	25	26	00000000																																																																																		
14	27	28	00000000																																																																																		
15			35533411																																																																																		
16			11433553																																																																																		
17																																																																																					
18																																																																																					
48																																																																																					
47																																																																																					
46																																																																																					
45																																																																																					
44																																																																																					
43																																																																																					
42																																																																																					
41																																																																																					
31																																																																																					
32																																																																																					
33																																																																																					
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>																																																																																			



P 14/0006250

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age .....

Date .....

Nature de la maladie

*Bruxisme aigüe*

Date 1ère visite .....

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

*G*

*G*

*G*

PHARMACIE

Date .....

Montant de la facture

*340, 50*

INPE : 092025964

*PHARMACIE EL OULFA  
PHARMAKOVA  
Dr. SVISTAKOVA YASMINE  
y54, Bd. Oued Taneff Oulfa Casablanca  
31-05-22-02-92*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date .....

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**

## ORDONNANCE

le 13/06/2023

Mr/Mme EL ALAOUI HASSINE

25,00

- Naproxen 200 mg S.V.

S.P.

LOT: GA20259  
PER: 03/2024  
PPV: 75 DH 00

19,30

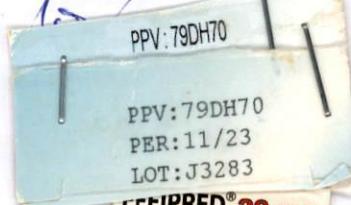
- Aciclovir 400 mg S.V.

S.P.

LOT: M0779  
EXP: MAI 2025  
PPV: 19,30 DH

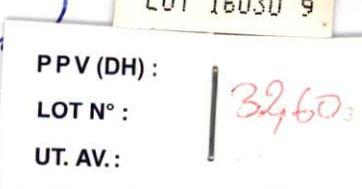
49,70 x 2

- Aciclovir 400 mg S.V.



40,00

- Effexor 150 mg S.V.



32,60

- Effexor 150 mg S.V.

PHARMACIE EL YOUSSEFI  
DR. SVISTAKOVA YASMINE  
N°54, Bld. 100, 1000 Casablanca  
Tunisie



14,20

- Effexor 150 mg S.V.

LOT : 474  
PER : 08/26  
PPV : 14,20 DH

340,50

- Effexor 150 mg S.V.

LOT : 474  
PER : 08/26  
PPV : 14,20 DH