

# 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.

Nº M20- 0005814

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

*MUPRAS RECEPTION*  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7103 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL

Date de naissance : 01/11/1960

Adresse : Rabat Maroc 17 221 Demnouit A 78216

Tél. : 066.1435646 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ZEROUAL, H. Huane Age: .....

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 : 17emme Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*REACCUEIL*

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M

ZERONAL 250 mg

Fix : 05.22.53.20.54  
 244 lotsissement el mafra  
 PHARMACIE EL OUMOURA  
 INPE:062095070

## Facture N° 13

Quantité	Designation	Prix	Montant
3	humalog 100 mg	111.00	333.00
5	humalog 100 mg	111.00	555.00
			777.00

LOT D4756416.3  
 UT AV 10 2024  
 PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2  
 UT AV 07 2024  
 PPV 111.00 DH

LOT D477238K.4  
 UT AV 10 2024  
 PPV 111.00 DH

LOT D4756416.3  
 UT AV 10 2024  
 PPV 111.00 DH

LOT D4783001.4  
 UT AV 10 2024  
 PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8  
 UT AV 07 2024  
 PPV 111.00 DH

LOT D4756416.3  
 UT AV 10 2024  
 PPV 111.00 DH



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :**  
**VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

**Nom et prénom :** ZEROUAL ABDELAZIZ

**Matricule :** 7103 **N° CIN :** W60026

**Adresse :** Lot wofas H281 Démocri

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :** Dr FIKRI Majeem **Spécialité :** Endocrinologie

**N° ICE :** Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition et Maladies Métaboliques  
N° 11, Jamila 3, Bd Prince Hafid, Sbata, Casablanca  
Tél: +212 (0) 22 59 59 60 **N° INPE :** INPE:

**Certifie que Mlle, Mme, M. :** ZEROUAL OTHMANE J91205740

**Nécessitant un traitement d'une durée :**  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

Diabète Type 1

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitements prescrits :**

Insuline Basal f. Bolus.

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à :** CASABLANCA le 01/09/2023

**Cachet et signature du médecin traitant :**

Dr FIKRI Majeem  
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition et Maladies Métaboliques  
N° 11, Jamila 3, Bd Prince Hafid, Sbata, Casablanca  
Tél: +212 (0) 22 59 59 60

En application de la loi 05-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées