

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste 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)

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° P19-0029439

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5533 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Senhaji Nader

Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 20 8 61

Tél. : 06 62405037 Total des frais engagés : 245,00\$ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 06 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : ACCUEIL 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

|   |                            |                        |
|---|----------------------------|------------------------|
| <b>VOLET ADHERENT</b>   | NOM : <u>Senhadj Nadia</u> | Mle <u>5573</u>        |
| <b>DECLARATION N°</b> <u>P 17/0065685</u>   |                            |                        |
| Date de Dépôt   | Montant engagé             | Nbre de pièces Jointes |
| <u>6.9.19</u>   | <u>245 \$</u>              |                        |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                            |                        |



P 17 / 0065685

DATE DE DEPOT

/ / 201

|   |                              |  |                            |
|---|------------------------------|--|----------------------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>   |                              | Mle <u>5573</u>  | Signature de<br>l'adhérent |
| Nom & Prénom <u>Senhadj Nadia</u>   |                              |  |                            |
| Fonction <u>Retraite</u>  | Phones <u>06 42 40 50 37</u> |  |                            |
| Mail  |                              |  |                            |
| <b>MEDECIN</b>  |                              | Prénom du patient  |                            |
| Adhérent <input type="checkbox"/><br>Nature de la n   |                              | Rx#: <u>464906</u> DOB: <u>8/20/1961</u><br>BENNIS, NADIA<br>#30 CRESTOR TAB 10MG<br>PARK, DCO<br>Copay \$245.00 Ins Paid \$245.00<br>0/2 7/18/2019 (C)<br>HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037<br>00310-0751-90 ASTRAZENECA<br>DEA # BP1693549 Rph CS<br>Auth#  |                            |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances   |                              | Date<br>Date 1ère visite   |                            |
| <b>HARLEM PHARMACY &amp; SURGICALS</b><br>LENOX STAR PHARMACY, INC.<br>531 Lenox Avenue<br>New York, NY 10037<br>DEAF 212-368-3999<br>PHONE # 212-368-7900<br>FAX #<br>BENNIS, NADIA<br>HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037<br>Rx#: <u>464906</u><br>#30 CRESTOR TAB 10MG<br>NDC: 00310-0751-90<br>Refills: 2<br>Plan: C<br>Due: \$245.00<br>** THANK YOU **   |                              | Détaillé des<br>aires<br>Signature et<br>cachet du<br>médecin  |                            |
| Patient Counselling For: BENNIS, NADIA<br>Rx#: 464906<br>Drug: CRESTOR TAB 10MG<br>WHAT IS THIS MEDICINE?<br>ROSUVASTATIN (ros 500 ve statin) is known as a HMG-CoA reductase inhibitor or 'statin'. It lowers cholesterol and triglycerides in the blood. This drug may also reduce the risk of heart attack, stroke, or other health problems in patients with risk factors for heart disease. Diet and lifestyle changes are often used with this drug. This medicine may be used for other purposes; ask your health care provider or pharmacist if you have questions. |                              | WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM RECEIVING THIS MEDICINE?<br>Side effects that you should report to your doctor or health care professional as soon as possible:<br>- allergic reactions like skin rash, itching or hives, swelling of the face, lips, or tongue<br>- dark urine<br>- fever<br>- joint pain<br>- muscle cramps, pain<br>- redness, blistering, peeling or |                            |
| ANA<br>Dés<br>C<br>AUXI<br>AM   |                              | CACHET<br>CACHET   |                            |