

## 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, parodontologie 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 : [contacte@mupras.com](mailto:contacte@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 68-2 du 21 janvier 1968 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

N° W19-486577

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1518 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIM Abdesselam

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0640080075 Total des frais engagés : Dhs

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 :

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° W19-486577

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution



P 17 / 0064737

DATE DE DEPOT

01/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 01518	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			NAJIA Abdelou	
Fonction		Retraite	Phones 064020215	
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient NAJIA SANIRA		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 53 ans		Date 29/10/2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Diabète + HTA				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C	1	G		
PHARMACIE		Date 29/10/2019		
Montant de la facture		428.40		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Signature et  
Dr. SIBAI HALA  
MEDECIN GÉNÉRALISTE  
Lotissement Lina Lo n° 186  
Sidi Mâ

Signature et  
PHARMACIE AHMIDA  
100 Complexe Commercial  
Sidi Mâ - 0603 59 93 14  
CE 00048800083

CACHET

CACHET



# Docteur Hala SIBAI

Médecin Généraliste

Diabétologue - Nutritionniste

Lot. Lina N° 186 Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: 05 22 97 46 89

الدكتورة هالة السباعي

العام

و داء السكري

ي معروف - الدار البيضاء

05 22 97 46

20,80

20,80

20,80

## Ordonnance

Casablanca, le : 29/10/19

PHARMACIE AHMIDA  
Rue 1100 Complexe Commercial  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 0522 33 55 87 06 03 10 93 14  
ICE: 000483700000083

NATJH SAMIRA

20,80 x 3

1/ Glucophage 500

LOT: 033  
PER: MAR 2022  
PPV: 58 DH 00

58,00 x 3 1cp/j soir 3 m

LOT: 031  
PER: NOV 2021  
PPV: 58 DH 00

2/ Orofine pomm

(S.I) LOT: 026  
PER: JAN 2021  
PPV: 58 DH 00

48,00 x 4 1app x 2/j

48,00

48,00

3/ Simcar

(S.V)

1cp/j soi

428,40

Dr.  
Mb  
Lotis  
Sidi

48,00

48,00