

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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° P19- 0039685

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1724 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL ATRI Bouazzaoui  
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) :





# SOINS ET PROTHÈSES 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	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 G 35533411   11433553		Montant des soins	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis	
			Fin de l'exécution	

<b>OULET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle : .....
<b>DECLARATION N°</b>	W14-018382	
Date de Dépôt	Montant engagé	
	Nbre de pièces Jointes	
<b>durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous justificatifs exigés par la Mutuelle		



W14-018382

DATE DE DEPOT

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle : 1704	
Nom & Prénom EL AMRI Bouazzaoui			
Fonction : Retraite	Phones 06 62 63 61 48		
eMail elamri 52@hotmail.fr			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient EL AMRI Bouazzaoui		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 01/01/1952	Date : 25/10/19	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
Diabète			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
SAIDI Marwen Médecin Interne CHU Ibn Rochd Casablanca			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		Gratuit	
<b>PHARMACIE</b>	Date 25/10/19		
Montant de la facture	374,00 Dh		
<b>PHARMACIE NAGUIB</b> Dr Naguib Nadia 834, Bd. Abd. Douara Oulfa - Casablanca Tél : 05 20 00 25 95			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			
Date :			
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			

Le: 25/10/2019

**SAIDI Marwen**  
Médecin Interne  
CHU. Ibn Rochd - Casa

ORDONNANCE

EL AMRI Bouazzaoui

01/01/1952 -

1/ METFORMINE Win 1000mg à lie  
1 Comprimé matin - midi - soir Après B

1990  
x 6  
119,4

2/ Diemicon 60mg

1 Comprimé matin

78,20  
x 2  
157,4

3/ Prazol 20mg

52,80

1 Comprimé le Soir

PPV: 52DH80  
PER: 11/21  
LOT: 1956-4

4/ CelluVise Collyre 4mg unidose

44,40

374,00

CELLUVISC® 4mg/0.4ml  
Collyre en récipient unidose  
6 118001 030095  
PPV: 44DH40

**SAIDI Marwen**  
Médecin Interne  
CHU. Ibn Rochd - Casa

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadia  
334, Bd. Mohamed Deoura  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 20 00 25 95

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90

P.P.V : 19DH90