

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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 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° W19-438762

12866

10350

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10350

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELIANI ABDELHAK

Date de naissance : 07-6-1967

Adresse :

Tél. : 0666565562

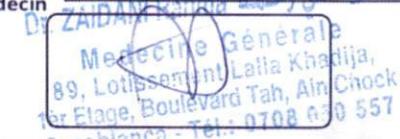
Total des frais engagés : 130+253 Dhs

### Optique

### Autres

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 DEC. 2019

Nom et prénom du malade : OULLAKADI EL IDRISST LALLA HASNA

Age: 37 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : St gingival

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-438762

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
13 DEC. 2019 CS			130 DH	<p>INP 1501119296 ZAI DAN HABIB Medecine générale 89, Lotissement Laila Khadija, El Eslagh, Boulevard d'Iah, Ain Gacem Tunisie, Tél : 0708 050 50</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE L'AMBASSADEUR</b> TEL: 05 22 21 17 75 0021334100908	13/12/19	253,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

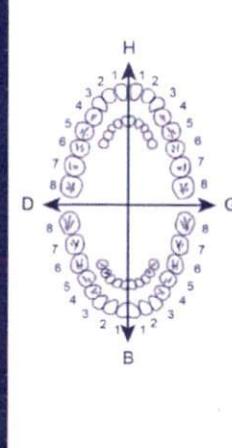
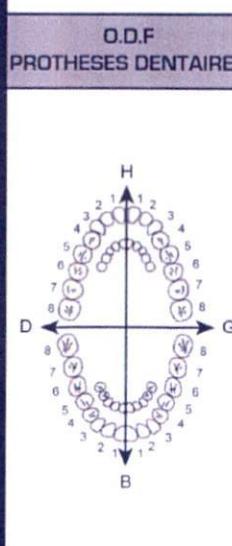
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> </table> <b>D</b> <b>G</b> <b>B</b>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	<hr/>															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<hr/>															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
DATE DU DEVIS				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DATE DE L'EXECUTION																

**Docteur ZAIDANI rahma**  
Lauréate de la faculté de  
médecine de casablanca

LOT: 06419012  
PER: 06/2024  
PV: 40.80 DH

### Medecine Générale

- Échographie générale
- Suivi de grossesse
- Suivi des maladies chroniques
- Electrocardiographie
- Permis de conduire



### Ordonnance

30,00

Casablanca le: 13 DEC. 2019

LOT: 191876  
EXPI: 07 2021  
PV: 79.00 DH

Dr OUL KADI EL IDRISI

CLIA HASNA

19,00

1) Deneox 100



1 cas x 3/j

30,00

2) Nodofen 400



2 g x 3/j

55,00

3) Orogepolis

1 pckr x 3/j



PHARMACIE L'AMBASSADEUR SARL  
518 AV TAKHAN CHOCH CASABLANCA  
TEL: 05 22 21 07 75  
ICE: 002173341000046

LOT: 190282  
EXPI: 06/2020  
PV: 42.00 DH

LOT: 2100818  
EXPI: 08/2022  
PV: 55,00 DH

29,7°  
1) Atrialiarum **SL**

1 gtt x 3/j pathog

2) Algixen 800

40,7°

1 supp/j **SL**

2 (3,7°)

Dr. ZAIDANI Rahma رضاعي رحمة  
Medecine Générale  
89, Lotissement Lalla Khadija,  
1er Etage, Boulevard Tah, Ain Chock  
Casablanca - Tél.: 708 650 657