

# 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](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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0048353

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6985 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 245288  
Nom & Prénom : .....  
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 : ..... Age:.....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : .....  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
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 M22-0048353

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	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										
	<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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W17-134582	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W17-134582

DATE DE DEPOT

16.12.2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

LASSAMI HAFIDA

Fonction :

Hirchi Boudab

Phones

0662 11 1922

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

LASSAMI HAFIDA

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

1955

Date

16/12/22

Nature de la maladie

Bronchite aig

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

200,00

PHARMACIE

Date

16/12/22

Montant de la facture

267,80

INPE: 012084166

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires



# Dr. Hicham ATMANI

Médecine Générale - Médecine Alternative

Doctorat par l'Académie de médecine  
d'état de Perm 1999  
Ancien médecin CHU  
Avicenne Rabat  
Ancien médecin à  
l'hôpital provincial - Kénitra  
Ancien médecin et officier  
militaire des FAR  
Echographie Générale

Examen médical de Permis de Conduire



INPE : 101191351

الدكتور هشام العثماني  
الطب العام - الطب البديل  
دكتوراة في الطب خريج أكاديمية الطب للدولة  
ببرم 1999  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي  
ابن سينا بالرباط  
طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي  
بالقنيطرة  
طبيب و ضابط عسكري سابق بالقوات  
المسلحة الملكية  
إكوغرافي عام

الفصل الطبي لرخصة السياقة

Kénitra, le 16/12/22 ..... في القنيطرة

LASSAMI HAFIDA

66,00

1/

AZIMYCINE 500

14 g x 3

99,00

2/

proclifun

1st g x 10

26,90

3/

vit C 1000 mg

14 le matin

14,40

4/

Doliprane 1000 mg (Syrus)

61,50

5/

19/64

A - CERUMEN

26,750

1 pulv 3xj

319 شارع محمد الخامس الطابق الأول شقة 2 (فوق شركة 2PC) قرب مقهى نرجس القنيطرة

519, Av Mohamed V 1er étage, App2 ( au dessus Sté 2PC) près de café Anarjis, Kénitra

هاتف العيادة : 05 33 44 79 99 ☎ الهاتف النقال : 06 61 82 50 30 📞

**Vita C1000®**

PPV 26DH90

EXP 06/2025  
LOT 28031 6

PPV 31056  
EXP 09/26  
LOT 66DH2

66DH2

**PRODEFEN\***  
Complément alimentaire

Lot :

Date de Fab :

Date de Pér :

PPC : 99 Dhs

123724

02.2022

01.2024

PPV 14DH40  
PER 07/23  
LOT 81919

**ZENITH Pharma**

PPC : 61,50 DH