

# 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 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

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)

160031

**Déclaration de Maladie : N° S19-0000892**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4236**

Société : **RAIT**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HARAKAT Wafa**

Date de naissance : **25/06/1974**

Adresse : **Dar Dalak - Rue Tbel Ayouki - CL - Cas**

Tél. : **0663444000**

Total des frais engagés : **41,50** Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr LABYAD Abdessamad**  
دكتور الأبيض عبد الصمد  
Chirurgien Urologue  
INPE: 041186651  
TÉL: 06 60 75 22 24

Date de consultation : **14/03/2023**

Nom et prénom du malade : **Wafa LABYAD Abdessamad WAF**

Lien de parenté :  Lui-même  Enfant

Nature de la maladie :

**Dr LABYAD Abdessamad**  
دكتور الأبيض عبد الصمد  
Chirurgien Urologue  
INPE: 041186651  
TÉL: 06 60 75 22 24

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 : **Cas**

Le : **05/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**Wafa LABYAD Abdessamad**

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la réception des Actes
17/03/2023	Op			<p>Dr LABYAD ABDERRAHMANE Chirurgien Urologue INPE: 041186651 TÉL: 06 60 75 22 24</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA MOUSSA	17/03/23	415 - 04

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

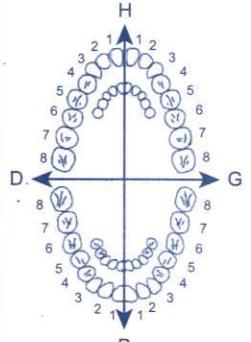
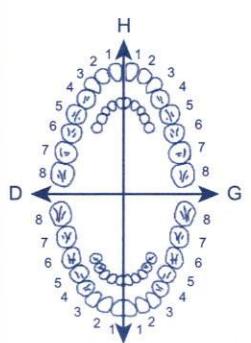
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme HARAKAT WAFA  
Né le : 25/06/1954

COC23C17070424

Casablanca, le.....

17/2/23

## Nom et prénom :

14.02  
PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tel: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

1/ DOLIPRANE 1 G

1 CP \* 3 / J

2/ SPASFON 80 MG

2 CP \* 3 / J

275<sup>0</sup>  
41,50PPV:14DH00  
PER:03/24  
LOT:K953PARACETAMOL  
10 comprimés

6 118000 040972



27,10

Dr LABYAD Abdessamad  
دكتور البايد عبد الصمد  
Chirurgien Urologue  
INPE: 04 186651  
Tél: 06 60 75 22 24