

# 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 - Béni Chérif 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)

178423

## Déclaration de Maladie : N° S19-0053124

### Maladie

Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8366 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : MOUMNI CHAKIR Date de naissance : 22.09.65

Adresse : 40. lotissement Belle vue. sidi Taâaruf CASA

Tél. : 0661230922 Total des frais engagés : 200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور الحسن السبيسي  
Docteur Hassane SBISSI  
88, Bd Med El Meknassi Bourgogne Casa  
شارع محمد السادس بورگون البيضاء لفنا  
Tél : 05 22 26 91 80

Date de consultation : 10 OCT. 2023

Nom et prénom du malade : MOUMNI CHAKIR Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Syndrome viral

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Joe



### 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
10 OCT 2013		20		Docteur Hassane SBIOUI Bd Med El Meknassi Bourgogne Casablanca Tél : 0522 269180 - 0522 54488

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ANFA SIDI AMAR 197, Bd Sidi Amar Tel: 0522 548361 Fax: 0522 548362	10/10/13	80,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G
	D	00000000	00000000	B
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
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

**ZINASKIN® 30** Comprimés effervescents

PARANTAL® 20 COMPRIMES

PPU 23DH30  
EXP 05/2025  
LOT 19025 18

PPV 10DH10 EXP 06/2025  
LOT 26058 2

**ALGANIL® 200** 20 dragées

PPV 19DH70 EXP 02/2026  
LOT 32002 3

سابقاً

## **Traitement des névroses psychiatriques**

## علاج الأمراض النفسانية

Casablanca le 10 OCT 2023

## الدار البيضاء في

10, 10  
Paramental } 50

1970  
Objanty

26, 90  
N.J. C 1000 15

23.30  
in skin

الدكتور الحسن السباعي  
Docteur Hassane SBIOUT  
88 Bd Med El Meknâ Bourgogne Casa  
شارع محمد السادس بودون مضلع تقا  
الهاتف: 05 22 26 91 80

**88, Bd Mohammed El Meknassi Bourgogne. Casablanca  
Téléphone 0522 26 91 80**

**Vita C 1000®**

PPU 26DH90

EXP 04/2026

LOT 33036 10