

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

### Reéducation :

- 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° W21-700635

189307



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3331

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAKIR

ABDELMAJID

Date de naissance :

05/06/1960

Adresse :

72, 1<sup>er</sup> étage for BLAD CHAMA - CASA

Tél. :

0661394420

Total des frais engagés :

554,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. MENECHILOUIN JALAL  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, 861 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
N°P: 91179670

Cachet du médecin :

Date de consultation :

25/11/2023

Nom et prénom du malade :

DAKIR ABDELMAJID

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HJA

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 :

CASA

Le : 05/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
27/07/2019	CGI		20000	INP : 91170670 Cardiologie 1 <sup>er</sup> Etage RP Chahdia 0604723914 Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE : 91170670
	ECG		10000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sun Square Almaz SARL Dr. Amrani Nabil 218, Sun Square Almaz, Béchar, Algérie Rocade Sud, Quesh, Casab, Béchar, Algérie Tel. - Wsp : 06 20 20 19 20 INPE : 062115446	le 25/07/23	254,80

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

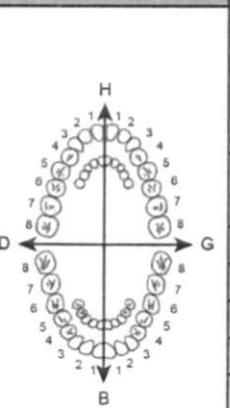
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]

### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DATE DU DEVIS [REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]



Casablanca, le : ..... 25/11/2023

**DAKIR Abdelmajid**

$$2 \times 92 \text{ مل} = 184$$

**COERIL OU INOPRIL 4**

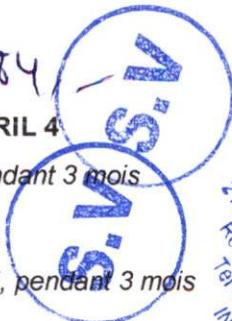
1/2 comprimé, pendant 3 mois

**CARDIOFLEX 100**

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

$$3 \times 23 \text{ مل}$$

$$254 \text{ مل}$$



**Pharmacie Sun Square Almaz SARL**  
 Dr. Mehdi Benjelloun, Casablanca  
 218, Sun Square Sud-Ouest, Casablanca  
 Tel: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14  
 INPE: 91170670

دكتور مهدي بنجلون  
 CARDIOLOGUE  
 Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chhdia - EL Oulfa  
 Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
 INPE: 91170670

