

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - 5ème 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

W21-839712

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8634 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELALAMA MOURAD

Date de naissance : 24/09/71

Adresse : 35 Résidence Le Club, Rue Moucharrafieh

MABALA - H. H. LEBROU

Tél. : 0668 31 62 02 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2024

Nom et prénom du malade : ELALAMA MOURAD Age : 52

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection 021

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 : 01/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/2010-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la prestation des Actes
<u>01</u> <u>22</u> 2024	S		3 n.7	DR. JADUKA ARNOLD Oto-Rhino - Laryngo - Faco-Orl Chirurgie Cervico-Faciale N° 16, Jer Egas De la El Hou Sidi Abdeslamane - Hay Hassania 2931481

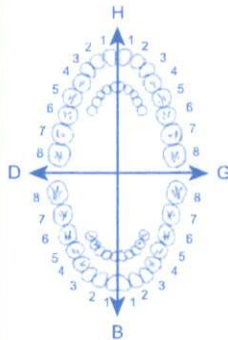
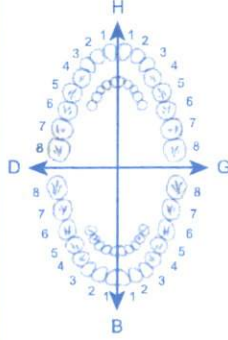
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ 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	Montant des Honoraires													
					Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: right;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: left;"></td> </tr> </table> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>  <small>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</small> </div> <div style="width: 35%;"> <b>Montant des Honoraires</b> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

[illegible]

COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Ahmed JABRI**

**Spécialiste O.R.L**

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

Casablanca

**الدكتور أحمد جابري**

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف،

الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

تشخيص السمع - الفحص بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

الدار البيضاء

Casablanca, le: 1/2 / 2024 في: الدار البيضاء،

Mr. EL ALAMI, Mourad

PPV: 116DH00  
PER: 08-26  
LOT: M2601

PPV: 47.80 DH  
EXP: 10/25  
Lot N°: L1237

BOTTU SA  
PPC: 117 DH 00

Date Per: 17.2.2026  
P.P.V: 119,10 DH

76, Bd/ Sidi Abderrahmane - Derb El Houria, 1er étage, en face Clinique Yasmine Hay Hassani

Casablanca - Tél.: 0522 93 14 99 - Email: ahmedjabri@hotmail.com - INPE: 05100000