

# 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 - 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

N° W21-828415

199022

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12730

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOLFIANE HANANE

Date de naissance : 18/06/1987

Adresse : VIPP 88 Rue Sidi Am I, 2e étage

Tél. : 06-61-42-18-50

Total des frais engagés : 611,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL FATHEMY JASMINE Age : 06.11.12

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

12+ Vaccination

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 :

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
16.2.264	CS		250 DH	INP : <input type="text"/> 11104792 ZHARI M.Z. Larbi Centre de Santé El Jedid 15-5-15

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fiscaux	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL KOUASSEM Docteur Fathem, M. Mehd	16/2/24	364,00

INPE:112095872

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	G
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	G													
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur EL AZHARI My Larbi**

Spécialiste en Pédiatrie

Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'Enfants  
au C.H.U. de Casablanca

Ex. Médecin - Chef du Service de Pédiatrie  
à l'Hôpital Mohamed V d'El Jadida

122, Av. Abou Chouaïb Doukkali - El JADIDA  
Tél. & Fax : 05 23 35 35 55



**الدكتور الأزهري مولاي العربي**  
الخصائي في طب الأطفال والرضع

طبيب بمستشفى الأطفال ( ابن رشد )  
بالمركز الصحي الجامعي بالبيضاء - سابقا -

رئيس قسم طب الأطفال بمستشفى  
محمد الخامس بالجديدة - سابقا -

شارع أبو شعيب الدكالي - الجديدة 122  
05 23 35 35 55  
الهاتف والفاكس :

El Jadida, le ..... 16.2.24 الجديدة، في:

note d'honoraires

formes de la consultation  
chez celle de l'enfant

El Pathology tout le : ..

250,00 DH ( deux cent  
cinquante DH )

Dr. EL AZHARI My Larbi  
Pediatre  
122 Avenue Bouchaïb Doukkali-El Jadida  
Tél: 05 23 35 35 55

06.61.19.28.55 المتنقل :

En cas d'urgence

في حالة الاستعجال

GSM : 06.61.19.28.55

# Docteur EL AZHARI My Larbi

Spécialiste en Pédiatrie

Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'Enfants  
au C.H.U. de Casablanca

Ex. Médecin - Chef du Service de Pédiatrie  
à l'Hôpital Mohamed V d'El Jadida

122, Av. Abou Chouaïb Doukkali - El JADIDA  
Tél. & Fax : 05 23 35 35 55



# الدكتور الأزهري مولاي العربي

الخاصي في طب الأطفال والرضع

طبيب بمستشفى الأطفال (ابن رشد)  
بالمراكز الصحي الجامعي بالبيضاء - سابقاً.

رئيس قسم طب الأطفال بمستشفى  
محمد الخامس بالجديدة - سابقاً.

شارع أبو شعيب الدكالي - الجديدة  
الهاتف والفاكس : 05 23 35 35 55

El Jadida, le ..... 16.01.2004 الجديدة، في

# EL FATHEMY JASMIN

36h.00 - VAKI VAX



Pharmacie  
EL KOUASSEM  
Docteur  
El Fathemy M. Mehd.

Dr. EL AZHARI My Larbi  
Pediatre  
122 Avenue Bouchaib Doukkali-El Jadida  
Tél : 05 23 35 35 55

المتنقل : 06.61.19.28.55

En cas d'urgence

في حالة الاستعجال

GSM : 06.61.19.28.55

