

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Affiliation en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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° P19-0025820

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 56-16 Société : 34206

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAWA SAID

Date de naissance :

Adresse : PAVORAMA BLOC EL-INT BARROUSSE

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Med Jawad OUHAMMOUCH  
Médecin Généraliste  
Bloc El Inam - Rue 32 N°31  
Bordj Boumouidi Casablanca  
0522 63 72 77

Date de consultation : 7 JAN 2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : emphyseme chronique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-025820

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# RELEVÉ 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Afak Benloulou 3100 22 Rue 6 m Casablanca - 33 62 83 70 Email: phak@benloulou.com	07/07/20	495,00

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

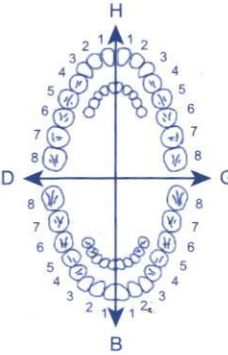
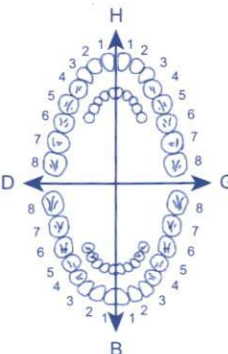
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Dr. Mohammed Jawad OUHAMMOUCH**

Ex. Medecine Des FAR

Ex. Medecine Chef De La CS De Hay Hassani Berrechid

Ex. Responsable de La Commission De La Visite

Pour Permis De Conduire Délégation Es FIDA

**Medecine Generale**

urgence : 06.20.06.75.19

**د. محمد جواد اوحموش**

طبيب بالقوات المسلحة المسكن سابقا

لبيب الرئيسي للدائرة الصحية الحي الحسني برشيد سبيح

الطبيب المكلف باللجنة الطبية

لنخ رخصة السياقة بمعاملة القضاء سابقا

**الطب العام**

Casablanca:

الدار البيضاء في:

NOM:

Kana



Le vopha N°6  
N°1153



Belmizet ser N°2  
N°15

Pharmacie Afak  
Benlami Nassim  
Bloc 22 Rue 6 Hay Mohammadi  
Casablanca - Tél: 05 22 62 93 70  
E-mail: nassim@benlami.com

Dr. Med Jawad OUHAMMOUCH  
Medecin Généraliste  
Bloc El Inani Rue 32 N°31  
Hay Mohammadi Casablanca  
Tél: 05.22.63.72.77

العنوان : بلوك العناني زنقة 32 الرقم 31 - الحي المحمدي - البيضاء الهاتف : 05.22.63.72.77

Adresse: Bloc El Inani Rue 32 N° 31 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05.22.63.72.77

LOT :

EXP :

PPV :

22,50

LOT :

EXP :

PPV :

22,50

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75,00 DHS  
AMM N°41 DMP/21/NRQ

LOT/عبارة H4350  
FAB/تاريخ الإنتاج 03-2019  
EXP/تاريخ الانتهاء 03-2021

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75,00 DHS  
AMM N°41 DMP/21/NRQ

LOT/عبارة H4708  
FAB/تاريخ الإنتاج 03-2019  
EXP/تاريخ الانتهاء 03-2021

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75,00 DHS  
AMM N°41 DMP/21/NRQ

LOT/عبارة H4889  
FAB/تاريخ الإنتاج 07-2019  
EXP/تاريخ الانتهاء 08-2021

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75,00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

LOT/عبارة H5396  
FAB/تاريخ الإنتاج 11-2019  
EXP/تاريخ الانتهاء 10-2021

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75,00 DHS  
AMM N°41 DMP/21/NRQ

LOT/عبارة H4889  
FAB/تاريخ الإنتاج 07-2019  
EXP/تاريخ الانتهاء 08-2021

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75,00 DHS  
AMM N°41 DMP/21/NRQ

LOT/عبارة H4008  
FAB/تاريخ الإنتاج 10-2018  
EXP/تاريخ الانتهاء 10-2020