

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-530657

K1253

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10282	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHABAONI Mekhfer			
Date de naissance : 20/06/1996			
Adresse : Habibek			
Tél. : 06 96 75 72 78	Total des frais engagés : 414 DHS		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr HASSAN CHEFFI Médecin Généraliste Rue 23, N° 69, Hay El Qods en face Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi CASABLANCA - Tél. : 022.73.78.51			
Date de consultation : 21/03/2020			
Nom et prénom du malade : CHABAONI Mokhtar Age : 24			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Allal Ben Abdellah			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>Accident de vélo</i>			
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) : *S*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-530657
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 :	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/10/2012	12	150 x 4	600	INP : 0910000 824 CHEFFI Signature : Date : 21/10/2012 Montant : 600 Taux : 150 Coef : 4 Honoraires : 600 Taux : 150 Coef : 4 Honoraires : 600

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<b>PHARMACIE GHOFRAINE</b> Bloc "C" Rue 2 N° 116 Al Qods - Bernoussi Tel.: 022.73.26.31- Casa	27/03/2020	332.96

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

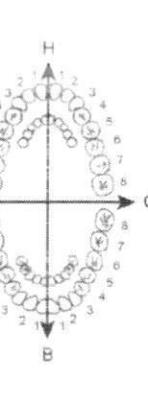
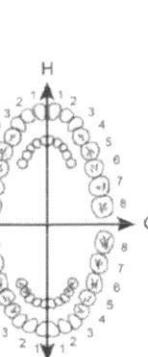
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>								
				<b>FIN D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<p><b>H</b></p> <table border="0"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <p><b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b></p> <table border="0"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p><b>B</b></p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>								
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>								
				<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Hassan CHEFFI

الدكتور حسن الشفي  
المكتب العام

Diplômé en Echographie  
de l'Université de Montpellier

## دبلوم في التشخيص العلمي بالتصدي جامعة مونبلي

Casablanca, le 21/03/2020

CHABAOUI Mokhtar

528343

**AUL CER 20**

2320

✓ A.S. Bern Galt

books  
deity

116  
"BERNARDINUS"  
2<sup>e</sup> Rue de la  
MÉDAILLÉE  
PARIS 1<sup>e</sup>  
Télé. 02.73.26.31.26  
A. Gossé - Casse

~~33290~~

**DR HASSEN CHEFFI**  
Généraliste  
Médical, Qual. ECGs etc  
10 69, Zahra, Tel. 02 11

Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face de la mosquée Fatima Zahra) - Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف 851: CASABLANCA  
0522 52 05 Mosquée Rue

زنقة 23، رقم 69 حي القدس - الدار البيضاء - سidi البرنوصي - ~~الدار البيضاء~~

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 19045  
PER: 09-2021  
PPV: 52,80 DH

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 19113  
PER: 03/2022  
PPV: 52,80 DH

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 19033  
PER: 08-2021  
PPV: 52,80 DH

29,90  
PPV: 79DH90  
PER: 06/21  
LOT: I1524

9,90

LOT	192014	1
EXP	09 2022	
PPV	35.70	

35,20

35,70