

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 tous les actes effectués.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## 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

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



49040

## Déclaration de Maladie : N° P19-0007201

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : R. A. M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : —  
Nom & Prénom : ME AZIZ BOUCHAÏB Date de naissance : 04/08/1957  
Adresse : HABITUELLE  
Tél. : 0664 074 077 Total des frais engagés : 390,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/11/2020  
Nom et prénom du malade : LENTRUB ZOHRA Age : 28/06/63  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 17/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

# 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
12/11/2016	C		100 m	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/11/2016	290,40

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXECUTION

**Docteur Hassan BELKOUK**

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'échographie  
Générale de la F. M. C

Diplôme d'Expertise  
Médicale de la F. M. C

**MEDECINE GENERALE**

Tél: 05 22 75 07 38

**دكتور حسن بلقوك**

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي  
ابن رشد بالبيضاء

دبلوم الفحص بالصدى كلية  
الطب بالبيضاء

دبلوم الخبرة الطبية  
كلية الطب بالبيضاء

**الطب العام**

الهاتف ع : 05 22 75 07 38

Casablanca , le :

17 NOV 2020

البيضاء في

*Lissane Eddine*

*Lissane*

1/ AZIZ 50 N.2

7970x2 7h1

2/ Bernoussi 8h

116.00 15 3p.

3/ nt c 100

7h1

4/ Bernoussi 7h

7h1

1500

1  
= 290.40

PHARMACIE LISSANE EDDINE  
Dr Aziza LISSANE EDDINE  
69 Bis. Groupe Al Baidi Hay Al Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 75 07 38

**ECHOGRAPHIE  
OMNIPRATICIEN**

144, Hay EL Qods Bd. (H) Sidi Bernoussi

شارع نابلس الرقم 144- حي القدس - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard NABOULS N°144 Hay EL QODS - Sidi Bernoussi - CASABLANCA

PPV: 116DH00  
PER: 04-23  
LOT: J1321

PPV: 15DH00  
EXP: 06/2023  
LOT: 04049 3

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J2783

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J2783