

## 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 traitement 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'Hayat  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-467272

49603

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4508

Société : RAI

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HILAL TAOUFIK

Date de naissance : 12.09.1963

Adresse : 4 Rue Sanany Lot DAWLIZ ANFA

Tél. : 0664173752

Total des frais engagés : 1295,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kawtar BOULAJAJ  
Hématologiste  
05 22 75 32 48 / 06 60 97 09 29  
Bd. Med. Baamran, Qu. Bernoussi, Casablanca

Date de consultation : 01/10/2020

Nom et prénom du malade : M. HILAL ANNA

Age : 47 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Mipaine

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 de :

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 : Casablanca

Le : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Kawtar BOULAJAJ  
Hématologiste  
05 22 75 32 48 / 06 60 97 09 29  
Bd. Med. Baamran, Qu. Bernoussi, Casablanca

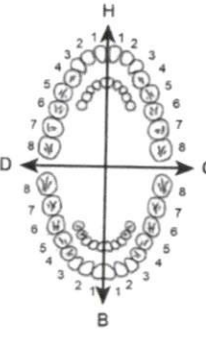
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie VICTORIA Yasmine BAZZOUK Avenue de l'ice et N° 21 Mined Bejjoucha 20100 blanza - Tel: 0522 39 14 55</p>	1/10/2020	T: 1295,5 DH

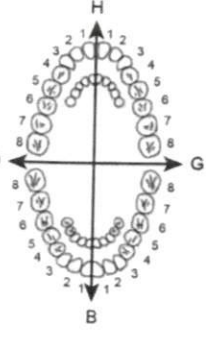
[illegible][illegible]

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Kawtar BOULAAJAJ

Hématologiste

Maladies du sang, des ganglions et de la rate  
Chimiothérapie / Greffe de moelle  
(Adultes - Enfants)

الدكتورة كوثر بولعجاج

اختصاصية في أمراض الدم

أمراض الدم و الغدد و الطحال  
الكيمائي / زرع النخاع  
(كبار - فال)

Casablanca, le : 21/10/20

~~Pharmacie VICTORIA~~  
~~Dr. Yasmine RAZZOUK~~  
~~Avenue de Nice et N° 21~~  
~~Rue Ahmed Ben Bouchta 20100~~  
~~Casablanca - Tél: 0522 39 14 66~~

~~Je vous prie~~

~~de vous adresser~~

1) ~~SB MARINE~~

10,60

~~87,00~~

~~5631~~

2) ~~TOBINAMINE~~

5 x 200

~~287~~

3) ~~INCRUON~~

142,10

~~87,00~~

4) ~~LC My L 6~~

1/2 80

42,30  
5,50

(de 1)

د. كوثر بولعجاج  
Kawtar BOULAAJAJ  
Hématologiste  
Tél: 05 22 20 09 77 / 06 66 97 09 29  
Bd. Mohamed V, Oujda, Bernoussi, Casablanca

Tél: 05 22 27 61 09 / Fax: 05 22 20 09 77 En cas d'urgence: 0660 970 929 kawtarboulaja@yahoo.fr

40, Rue Des hôpitaux, Imm Les Roseaux, 3ème étage, N°13 - Quartier des Hôpitaux, Casablanca

40 نفقة المستشفيات، الطابق الثالث، الشقة 13 أمام مركز التشخيص ابن رشد (جناح 28). الدار البيضاء

110,60

Lot: RA0031A  
Per: 01/2023  
PPV: 200DH00

Lot: RA0031A  
Per: 01/2023  
PPV: 200DH00

Lot: RA0031A  
Per: 01/2023  
PPV: 200DH00

Lot: RA0031A  
Per: 01/2023  
PPV: 200DH00

Lot: RA0031A  
Per: 01/2023  
PPV: 200DH00

**SYNTHEMEDIC**

22-14 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

**P.F.V: 142.10**

LOT: CT109M  
PER: 03/2023  
PPV: 42,80 DH