

# 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.

## Pathologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0025028

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1654 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : BOUDOU Farouk  
Date de naissance : 2/9/51  
Adresse : 8, Immeuble Kenza Ruitaba Hassan  
Galilee  
Tél. : 0661411094 Total des frais engagés : 554 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL HAMMOUTI Abdelaziz  
Rés. Val Rose  
2ème Etage Angle Albert Premier  
et Bd. Med V - Belvédère  
Tél. 05 22 24 55 55 - Casablanca  
Date de consultation : 07 JAN 2020  
Nom et prénom du malade : Farouk Boudou Age : 68 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Rhumatisme + Diabète + Bégaiement de la voix  
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 : Casablanca Le : 07/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

07 JAN 2020

*[Signature]*

*[Signature]*

Dr. EL HAMMOUYI ABDELALI  
Rés. Val Rose "B"  
2ème Etage Angle Albert Premier  
et Bd Med. V - Belvédère  
Tél: 05 22 74 55 55 - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

*[Signature]*  
07/01/20

43440

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

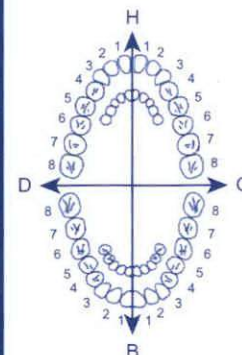
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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

H

25533412 21433552  
00000000 00000000

D

00000000 00000000  
35533411 11433553

G

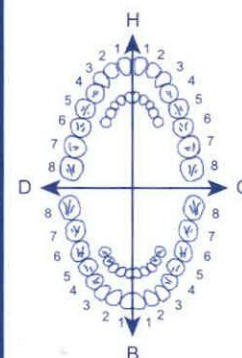
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur. EL HAMMOUYI Abdelaziz

MEDECINE GENERALE



الدكتور عبد العزيز الحموي  
الطب العام

Casablanca, le:

07 JAN 2020

الدار البيضاء، في:

M<sup>r</sup> Fakh Bouhrou

51.00 x 2

Brucoliser N°2  
1/2 x 2

61.00 x 2  
Clartec 1000 / x 2

14.00 x 2  
Doliprane 1000 / x 2

56.60 x 2  
Stilnox 1000 / x 2

37.60 x 2  
Hypocid 1000 / x 2

57.00 x 2  
Hypocid 1000 / x 2

1/2 x 2

1/2 x 2

صيدلية كميليا  
PHARMACIE CAMELIA  
Mme. LEMSEFFER MENJRA Mounia  
29, Rue Hassan Soukani  
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz  
Rés. Val Rose "B"  
2ème Etage Angle Albert Premier  
et Rd. Med. V - Bd. de  
55 55 - Casablanca

ساحة آل ياسير فالروز - ب - الرقم 5 الطابق الثاني شارع محمد الخامس - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 24 55 55  
Place El Yassir VALROSE "B" N°5, 2ème Étage Bd. Med V - Casa - Tél.: 05 22 24 55 55



