

## 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 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 toute demande de remboursement.
- 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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-488717

CA

☐ **Maladie**
☐ **Dentaire**
☒ **Optique**
☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **17001**

Matricule : **13141** Société : **RAT**

☒ Actif
 ☐ Pensionné(e)
 ☐ Autre

Nom & Prénom : **ADLANE ILIAS**

Date de naissance : **01/01/1979**

Adresse : .....

Tél. : **0669184476** Total des frais engagés : **263,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28.11.19**

Nom et prénom du malade : **ADLANE ILIAS**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **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 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) :

*[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
28.11.19	S	S	2000	INP: 2000 <div style="text-align: right;"> <p>205 Bd. Yessouli - Casablanca            11 - GSM: 06 64 48 42 76            Alerte Méd. 24h/24h            11 - GSM: 06 64 48 42 76</p> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية إفني</p> <p>PHARMACIE !</p> <p>Dr. ALAMI Karim</p> <p>Tél. : 022 44 94 63</p>	29/11/2020	13,00

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

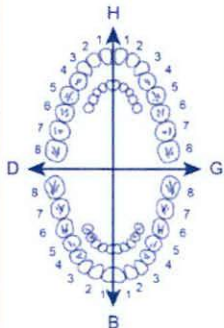
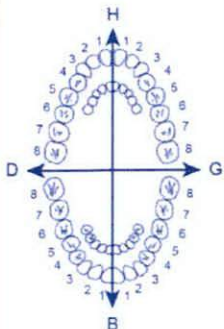
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Sanâa**  
**BENKIRANE Ep. HAMZA**

**Ex. Résidente à l'Hopital**

**Ibn Rochd - Casa**

**PEDIATRE**

**Allergologie - Asthme**



**الدكتورة ابن كيران سناء**

**زوجة حمزة**

**مقيمة سابقا بمستشفى**

**ابن رشد بالدار البيضاء**

**اختصاصية في طب الأطفال**

**الحساسية - الضيقة**

Casablanca, le 28.11.18 في الدار البيضاء.

Adnan e Ismail, Gargi.

o ST Ruggl H. n. 2 f

28/10/18



13,00

**صيدلية إفني**  
**PHARMACIE IFNI**  
**Dr. ALAMI Karima**  
**Tél. : 022 44 94 66**

L POT : 18141  
PXP : 09/2020  
PCU : 13/002H

**Dr. Sanâa BENKIRANE Ep. HAMZA**  
**Allergologie - Asthme**  
**Pédiatrie**  
235, Bd Yacoub El Mansour, résid. AlAnful imm. A, 3<sup>ème</sup> étage. appt. n°7  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76

**Consultation à domicile**

235, bd Yacoub El Mansour, résid. AlAnful imm. A, 3<sup>ème</sup> étage. appt. n°7  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76