

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-495186

ND 1750 1.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9812 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAABIRATE MOHAMED -  
 Date de naissance : 01.01.1945  
 Adresse : AIN SEBAN, DAR LAHANE Rte 251 N° 05  
 2ème ETAGE - H.M. CASABLANCA  
 Tél. : 05 22 61 12 63 Total des frais engagés : 3 491,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2020  
 Nom et prénom du malade : LAABIRATE MOHAMED  
 Age : 75 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Respiratoire  
 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) :



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
06/01/2020		C	10000	INP: 4819756 Dr. J. [Signature] ME [Stamp]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
A	02.01.20	241,20

[illegible][illegible]

# 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'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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b>            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Dr. NIBANI KHAYAT Fatima

OMNIPRATICIENNE

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Diplômée en Echographie Générale  
et Obstétricale de la Faculté René  
Descartes Paris  
Suivi de Grossesse - ECG  
Diplômée en Diabétologie de  
La Faculté de Médecine Montpellier  
DU de Nutrition et Diététique médicale  
Faculté de FES

PPV : 102 DH 90

الدكتورة نباني خياط فاطمة  
الطب العام

خريجة كلية الطب الدار البيضاء  
حائزة على دبلوم الفحص بالصدى  
بجامعة روني ديكارت بباريس  
مراقبة الحمل - تخطيط القلب  
حائزة على دبلوم أمراض السكري  
بكلية الطب مونبيلي  
دبلوم الحماية الطبية و التغذية  
كلية الطب بفاس

Casablanca le : 07/01/2020

LAABIBATE Mohamed

51,00 - Prochilide

8730 - Prochilide

1025

Prochilide

Prochilide

Prochilide

Prochilide

PHARMACIE DU PARADIS  
Dr. BOUSTANE Zakia  
Bloc L - 1<sup>er</sup> Dar Lamane  
Hay Mohammadi - CASA  
Tél: 05 22.60.80.71

Dr. Fatima NIBANI KHAYAT  
MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE  
Lot. G 237 App. 2 Dar Lamane Hay Mohammadi - CASABLANCA  
Tél: 05 22.60.66.97

2 مجموعة 237 ج شقة 2, دار الأمان - الحي المحمدي - الدار البيضاء الهاتف : 05 22.60.66.97  
Lot. G 237 - App. 2 Dar Lamane Hay Mohammadi - Casablanca - Tél. : 05 22.60.66.97



6 118001 041060  
BRONCHODUAL 50 µg/20 µg/dose  
(Bronchodual de fénoterol/Bromure d'ipratropium anhydre)  
Solution pour inhalation en flacon pressurisé  
Flacon de 200 doses  
BOTTU.S.A.

Lot 18007  
PES 1/22  
PRV 870830

87,30



51,00

Lot n°  
الحصة  
Exp :  
انتهاء الصلاحية

705623  
08 2020