

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063207

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23923**

Matricule : **0359** Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **CHATIR HAMID**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : **0661967509** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 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) : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature<br>des soins                               | Coefficient            |                                |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|--|---|---|------------------------|--------------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|--------------------------|
|  |   |   |                        | <b>Coefficient des travaux</b> |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|  |   |   |                        | <b>Montant des soins</b>       |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|  |   |   |                        | <b>Début d'exécution</b>       |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|  |   |   |                        | <b>Fin d'exécution</b>         |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| <b>O.D.F.</b><br>Prothèses dentaires   | Détermination du coefficient masticatoire   |   |                        | <b>Coefficient des travaux</b> |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |   | H                      |                                | G |  | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |  |  | <b>Montant des soins</b> |
|  | H   |   | G                      |                                |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|  | 25533412  | 00000000  | 21433552               | 00000000                       |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| 00000000   | 00000000  | 00000000  | 00000000               |                                |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| 35533411   | 11433553  |   |                        |                                |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |   |   | <b>Date du devis</b>   |                                |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|  |   |   | <b>Fin d'exécution</b> |                                |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis   |   | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution |                        |                                |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |

|   |                |                        |     |
|---|----------------|------------------------|-----|
| <b>VOLET ADHERENT</b>   |                | NOM : _____            | Mle |
| <b>DECLARATION N°</b>   |                | <b>P 14 / 0003503</b>  |     |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |     |
|   |                |                        |     |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                        |     |
|   |                |                        |     |
| <b>Cachet MUPRAS</b>  |                |                        |     |



**P 14 / 0003503**

**DATE DE DEPOT**  
/ / 201

|   |                                   |                                 |                         |               |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>                   |                                   | Mle                             | Signature de l'adhérent |               |
| Nom & Prénom                                      |                                   | MANS JETIM                      |                         |               |
| Fonction  |                                   | Phonies 0661 9675 09            |                         |               |
| Mail  |                                   |                                 |                         |               |
| <b>MEDECIN</b>                                    | Prénom du patient MANS JETIM      |                                 |                         |               |
| Adhérent <input type="checkbox"/>                 | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age                     | Date 24.02.20 |
| Nature de la maladie                              |                                   | Date 1ère visite                |                         |               |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |                                   |                                 |                         |               |
|   |                                   |                                 |                         |               |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient               | Montant détaillé des honoraires |                         |               |
| 2.  |                                   | 200,00                          |                         |               |
| <b>PHARMACIE</b>                                  |                                   | Date 24/02/2020                 |                         |               |
| Montant de la facture                             |                                   | 295,60                          |                         |               |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>                   |                                   | Date                            |                         |               |
| Désignation des Coefficients                      |                                   | Montant détaillé des Honoraires |                         |               |
|   |                                   | CACHET                          |                         |               |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>                       |                                   | Date                            |                         |               |
| Nombre  |                                   | Montant détaillé des Honoraires |                         |               |
| AM  | PC                                | IM                              | IV                      |               |
|   |                                   |                                 |                         | CACHET        |

Docteur Abdelhak Bektoub  
Chirurgien Dentiste  
251 Avenue Raja Guadira (Ex Vill)  
Tél: 0522 55 35 35 - J. Reine : 0661 32 32 80  
Casablanca



# عيادة تشخيص أمراض الكلى والمسالك البولية Cabinet Médical d'Urologie

Docteur Abdellah Trabi

Chirurgien - Urologue

Chirurgie des Reins et des Voies Urinaires  
Endoscopie Urologique  
Traitement du calcul par Lithotripsie Extracorporelle  
et Endoscopie  
Stérilité chez l'homme

Ex. Medecin attaché du CHU Ibn Rochd  
Ex. Urologue de l'hôpital Ben M'sik - Sidi Othman  
Ex. Urologue de l'hôpital Mohammed V Hay Mohammadi

الدكتور عبد الله اترابي

جراح اختصاصي

جراحة الكلى والمسالك البولية  
الجراحة و التشخيص بالمنظار الداخلي  
علاج الحصى بالأشعة و المنظار الداخلي  
علاج العقم عند الرجال

طبيب ملحوق سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
جراح سابقا بمستشفى ابن امسيك سيدي عثمان  
جراح سابقا بمستشفى محمد الخامس الحي المحمدي

Casablanca, le 24.02.80 في الدار البيضاء.

110,50 x 2

32,00 ②

42,60 ①

295,60

Pharmacie  
Avenue Réda Guedira (Ex. Nil)  
Tél. 05 22 56 36 36

2 - 0 - 2

apoc 70

MANAL  
Jotome

Lot: 32,00  
EXP: 3 4 9 5 A  
0 3 . 2 0 2 4  
PPV: 3 2 . 0 0 D H S

110,50  
PPV: 42DH60  
PER: 11/22  
LOT: 12540

Docteur Abdellah  
Chirurgien Urologue  
351, Avenue Réda Guedira (Ex. Nil)  
1er Etage, Cité Djemaâ - Casablanca  
Tél.: 0522 56 36 36 - Urgence: 0661 32 50 80

351, Avenue Réda Guedira (Ex. Nil) - 1 er Etage - Cité Djemaâ - (Prés de la Pharmacie I

بيرة ( النيل سابقا ) الطابق الأول قرية الجماعة (قرب صيدلية ابن رشد) - الدار البيضاء

الاماتف : 05.22.56.36.36 - Tél.: 05.22.56.36.36 - المستعجلات : 06.61.32.50.80

LOT : 05619002  
PER : 02-2022  
PPV : 110,50 DH