

## 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.

**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° W19-498654

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12726 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JANATI IDRISSI JIHAD  
 Date de naissance : 29/01/89  
 Adresse : Residence du Lac Appt 8-7 Casa Green Towers Ville Verte Benslimane  
 Tél. : 0661740615 Total des frais engagés : 459,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18-01-2020  
 Nom et prénom du malade : JANATI IDRISSI JIHAD 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 : CASABLANCA ACCUEIL SIEGE RAM 18/01/2020  
 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

18.01.2020	2	001	409,00	INP : 091071001
------------	---	-----	--------	-----------------

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE AZENVAR Centre Commercial Casa Green Town 1014 Route - 5 - 1014 - Tél. : 43 22 25 59	18/01/2020	# 59,10H
--	------------	----------

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

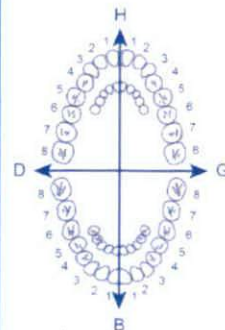
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------


## AUXILIAIRES MEDICAUX

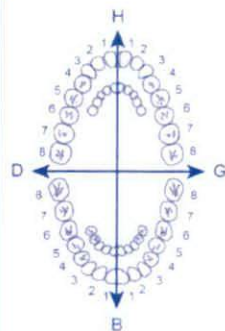
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	


### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	11433553

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mayy HAJJI

Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine  
de l'Université de Bordeaux II  
Professeur Agrégé  
MEDECINE INTERNE

Jours et Heures de consultation :

de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

SAUF le lundi toute la journée, le mardi matin  
et le samedi après midi

## الدكتورة مي حجي

شهادة الدولة في دكتوراة الطب  
من جامعة بوردو II  
أستاذة مبرزة  
الطب الباطني

أيام و أوقات الاستشارة الطبية :

من التاسعة صباحا الى الثانية عشرة زوال  
و من الثانية بعد الزوال الى الخامسة بعد الزوال

ماعدًا يوم الاثنين كاملا ويوم الثلاثاء صباحا  
ويوم السبت بعد الزوال

Casablanca, le ..... 18.01.2010 في الدار البيضاء.

Signature: HAJJI - IDRESSI  
Fikheh

59/10

Aeroclovir

S.V

promesse de Cielovir

6 applications

فقط

صيدلية المدينة الخضراء  
PHARMACIE GREENTOWN  
DR. NABILA ZENNAR  
Centre Commercial Casa Green Town  
Vill. Verte - Casablanca - Tél.: +212 520 5263 59

DR. MAYY HAJJI  
MEDECINE INTERNE  
120 BO. MOULAY IDRIS 1ER - CASA  
INP : 091071001  
ICE: 001702702000002