

## 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

- Reclamation : 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° W19-453442

58957

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776 Société : .....

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

Nom & Prénom : ZOUGGARI RADIA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0661200384 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelhakim OTARIO  
Neuro-Psychiatre  
75, Rue Taha Houcine (ex. rue Galilée)  
Tél. 0522 20.70.91.22.61.41

Date de consultation : 04 FEV 2021

Nom et prénom du malade : ZOUGGARI RADIA 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 : 05/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : .....



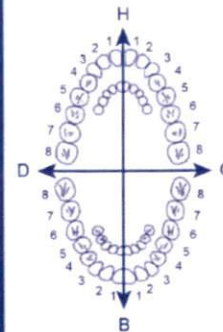
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04 FEV 2021	Sof		400	INP Docteur ABOU YOUSSEF Neuro-Psychiatre TS Rue Taha Houcine (ex.rue galilée) 161. 0012 207...91-22-61.41

[illegible]

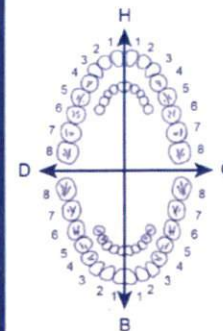
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

[illegible]

\* 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	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**(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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

04.FEV.2021

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

Zouggana Reza

128/00 x 3 = 88670

34700 x 4 = 138800

9830 x 6 = 58980

418 x 112 = 46816

57

57

57

57

PHARMACIE LA ROTONDE  
100, Bd Abdelmoumen  
Casablanca - Tel: 05 22 23 87 76

PHARMACIE LA ROTONDE  
100, Bd Abdelmoumen  
Casablanca - Tel: 05 22 23 87 76

PHARMACIE LA ROTONDE  
100, Bd Abdelmoumen  
Casablanca - Tel: 05 22 23 87 76

Docteur Abdelhalim OTARID  
Neuro-Psychiatre  
75, Rue Tahar Houcine (ex rue Gallie)  
Tel: 0522 20.70.91, 0522 20.70.91

Handwritten signature and notes in blue ink.

Handwritten notes in blue ink.



98,30

41,50

41,50

41,50

LOT 200816  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

PPV:34DH70  
PER:11-23  
LOT: J3302

98,30

PPV:34DH70  
PER:11-23  
LOT: J3302

LOT 200816  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

PPV:34DH70  
PER:11-23  
LOT: J3302

98,30

PPV:34DH70  
PER:11-23  
LOT: J3302

98,30

128,90

128,90

41,50

128,90