

Envoyé le 11/03/2021 à 13h28

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [per@mupras.com](mailto:per@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Atlas Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakhri et Rue Bilal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (p.b.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-617818

65429

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Matriculé : 08678

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouzahzah Ahmed

Date de naissance : 29 Juillet 1957

Adresse : 20 rue Ras Asfour Lot Laajej Oujda

Tél : 0661 62 78 08

Total des frais engagés : 316,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bouzahzah Ahmed

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

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 : Casa

Le : 11/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                         | Date    | Montant de la Facture |
|  | 11/3/24 | 3 16140               |

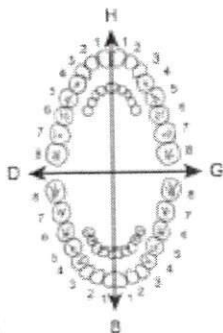
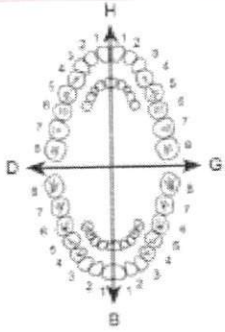
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, 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.<br>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;"> <p>H</p> <p>25533412<br/>00000000</p> <p>D</p> <p>00000000<br/>35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>21433552<br/>00000000</p> <p>G</p> <p>00000000<br/>11433553</p> </div> </div> |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                       | <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>                                                                                                                                                                                                           |                  |             | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Déclaration de Maladie : W21-617818

date : 11.03.2021

Nom : Bouzahzah Ahmed  
Matricule : 08678  
Tél : 0661 62 78 08

**GLUCOPHAGE 850 mg,**



7 boites x 45.20dh = 316.40dh



45,20

45,20

LOT 201452  
EXP 11/2025  
PPV 45.20DH

45,20

45,20

45,20

LOT 201452  
EXP 11/2025  
PPV 45.20DH

☒ valable 3 mois

| DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/> |                   |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| (À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)   |                   |
| Je soussigné :                                                       |                   |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : Bouzahzah Ahmed                         | Matricule : 08678 |
| Présente <i>un diabète non insulin sévère</i>                        |                   |
| Nécessitant un traitement d'une durée de : <i>glycémie 850 x3j</i>   |                   |
| Dont ci-joint ordonnance :                                           |                   |
| (à défaut noter le traitement prescrit)                              |                   |

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Ahmed LAKTAECH  
Médecin Généraliste  
Hay Mohammadi - Bloc 6 - N°2 bis  
Tél: 05 22 62 81 30

Dr. Ahmed LAKTAECH  
Médecin Généraliste  
Hay Mohammadi - Bloc 6 - N°2 bis  
Tél: 05 22 62 81 30