

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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° P19- 058114

Optique 69584  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2123 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EHADDAD SAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668954722 Total des frais engagés : 276,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur A. HADDOU HIRAR  
Docteur en Médecine  
Médecine et Santé du Travail  
Médecine du Sport  
350, Bd Arrou Bakkal - Lot Hadouci  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tel: 05 22 33 52 96

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 AVR 2021

Nom et prénom du malade : BOURHAN SOUDI Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Névrasténie

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 Le : 03/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : 



## RELEVE 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           |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08 AVR 2011     |                   |                       | 150 00                          | Dr. HADJOUNI<br>Médecin au travail<br>du Sport<br>Casablanca<br>13 52 50 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 06/04/21 | 126,80                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

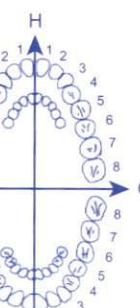
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|-------------------------|
|   |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
|  |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
|  |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H  | 25533412   | 21433552         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
| D  | 00000000   | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
| B  | 00000000   | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
|  | 35533411   | 11433553         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |                         |
|  | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                  |             | 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 Abdelilah HRAR

Doctorat en Médecine  
 Médecine et Santé au Travail  
 Médecine du Sport  
 Faculté de Médecine de Montpellier  
 Diététique et Nutrition  
 Ex. Interne des hôpitaux de France  
 Ex. Chef de service à l'hôpital de Taroudant  
 Tél: 05 22 33 52 90

# الدكتور عبد الله حرار

الدكتوراة في الطب - الطب والصحة في الشغل  
 الطب الرياضي - كلية الطب رين  
 دبلوم في الإيكوغرافيا - كلية الطب مونبولي  
 الحمية والتغذية  
 طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا  
 رئيس قسم سابق بمستشفى تارودانت  
 الهاتف : 05 22 33 52 90

16 AVRIL 2021

Casablanca, le .....

الدار البيضاء في

GHOUMMAD. Souad



126.8V

18

10, Nodep 50.

$\frac{1}{2}$  cp le matin.

+ 3un

2, intérieur de

NO-DEP

Sertraline

AR  
placium 100  
5/10/2

30 Comprimés per sécables

LOT: 314  
PER: DEC 2022  
PPV: 126 DH 80

CiplaMaroc

شارع أبو بكر الفقيه 20280  
 350, Bd. Abou Bakr Kadiri, Lot. Hadioui - Sidi Maarout - Ouled Hadou - Casablanca 20280  
 GSM : 06 50 12 35 08 - E-mail : hrarab23c@hotmail.fr