

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-617228

CH

70247

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <i>ct</i>			
Matricule : <b>12658</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ZEKRI Hicham</b>			
Date de naissance : <b>19/07/1983</b>			
Adresse : <b>Bouskoura Golf City Villa 202</b>			
Tél. : <b>0663285616</b>	Total des frais engagés : <b>322,50</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA 215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<b>DR. Mohamed EL-HOARI</b> PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 75 Bd Al Massira Al Khouja-Casablanca			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>15 AVR. 2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Zekri Liliane</b> Age : <b>1</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Fiebre</b>			
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 : *Concordia* Le : **15 AVR. 2021**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-617228	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	<i>12658</i>
Nom de l'adhérent(e) :	<i>Zekri Liliane</i>
Total des frais engagés :	<b>322,50</b>
Date de dépôt :	<i>15 AVR. 2021</i>

## 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
15 AVR 2021	C2	1	300,00 DH	DR M'hamed EL NOUARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca Tél: 05 22 09 57 38 - 05 22 99 57 39

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Centre commercial la Sécurola Sidi Othmane RDC N° 9 - Bouskoura - Casablanca Tél: 0522 59 07 09	15/4/21	22,50

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000 35533411	00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Docteur Mohamed El HOUARI  
SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE  
MEDECINE DE PARIS  
PEDIATRE

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Franciase  
de Pédiatrie  
SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور محمد الهواري  
خريج كلية الطب بباريز  
اختصاصي في أمراض الأطفال  
أمراض التسمم و بحث الأدوية  
أمراض الربو للأطفال  
عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال  
بالموعد

Casablanca, le ..... 15 AVR. 2021 ..... الدار البيضاء في

Zekhli Liane

— Doliprane 150 1 en 1/2  
Toutes les Chevaux ou Femmes  
A 38° ou plus  
A intercaler avec

22.50 Banfex 2 grap 1 mesme  
Toutes les Chevaux ou Femmes  
A 38° ou plus

STE PHARMACIE GOLF CITY  
Centre commercial du Golf City  
RDC N°9 - Bouskoura - Casablanca  
Tél: 0522 99 57 39

Dr. Mohamed EL-HOUARI  
PEDIATRE  
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
53 Al Massira Al Khadra Casablanca  
0522 99 57 38 - 0522 99 57 39

75 شارع المسيرة الخضراء - الدار البيضاء الهاتف : العيادة : 0522 99 57 38 / 0522 99 57 39

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

PPV (DH) :

Lot N° :

UT. AV :

**BRUFEN®**

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension  
pédiatrique**

22,50