

# 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.

## Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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- 047403

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11110 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAARIFI LAAB  
 Date de naissance : 01/01/1952  
 Adresse : 16 RUE A HAY ECHOUBA BZRECHU  
 Tél. : 0661139022 Total des frais engagés : 541,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. Abdenbi EL KAMAR  
 Neu...chirurgien  
 Angle Bd. Lektouni et Bd. Med  
 Ben Abdellah - Casablanca  
 Date de consultation : 17/05/2021  
 Nom et prénom du malade : Larbi Larbi Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tumeur Cerveau  
 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 : BZRECHU Le : 24 / 05 / 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 Praticien attestant le Paiement des Actes
17/05/21	G		300,00	Dr. Abdelhak KANAR Neurochirurgien Angle Bd. Zerkouni et Bd. Med Ben Abdellah

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

صيدلية محمد الرياص Pharmacie Mosquée Riad Dr. Siham TAMIR N° 1-2 Mosquée Riad Riy Riad (A côté du Stade Sportif) Berrechid Tél / Fax: 05 22 33 68 22	17/05/21	341,40
---	----------	--------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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


# AUXILIAIRES MEDICAUX

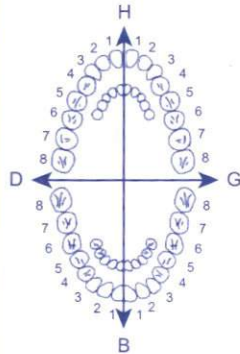
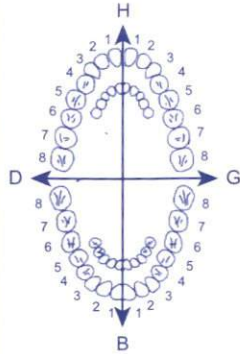
Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires


# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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'E



Docteur Abdenbi EL KAMAR

Professeur en Neurochirurgie

Chirurgie du Cerveau

et de la Colonne Vertébrale

الدكتور عبد النبي القمر

أستاذ في جراحة

الدماغ والأعصاب

والعمود الفقري

Casablanca, le : 18.5.21

P- Laarifi Larbi

صيدلية مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée Riad  
Dr. Siham TAMIR  
N°: 1-2 Mosquée Riad  
Hay Riad (A côté du Stade Sportif) Berrechir  
Tél / Fax: 06 22 33 68 22

811 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp. Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouekoura

811 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp. Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouekoura

811 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp. Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouekoura

LOT: PA00575  
PER: 06-2022  
PPV: 68,00DH

EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Zerkouni et Bd. Med  
Rég. Abdelhak

LOT: PA00575  
PER: 06-2022  
PPV: 68,00DH

LOT: PA00575  
PER: 06-2022  
PPV: 68,00DH

زاوية شارع الرقطونية  
أحمد بن عبد الله الطابق الأول

05 22 26 38 38 : الهاتف  
Angle Bd. Zerkouni - Méd. Ben Abdellah - Etage Appt. N°3 - Casablanca - Tél.: 05 22 26 38 38

Gsm: 06 00 04 43 43 : المحمول