

## 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

- 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° W21-606378

82223

8006

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8006 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ZAOUJ Mohamed  
 Date de naissance : 18/08/1967  
 Adresse : RUE 3 N° 21 BOULEVARD HOURIA SIDI MOUMEN CASABLANCA  
 Tél. : 06 61 42 11 66 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 28/07/2021  
 Nom et prénom du malade : ZAOUJ MALAL Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : suite  
 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 : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNUP N° A-A-213/2019

### 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/07/2021      | C                 | 1                     | 250 DH                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 29/07/21 | 21,80                 |
|   |          |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

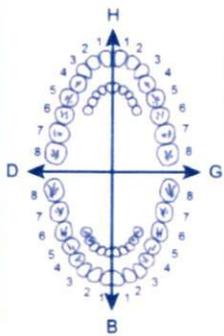
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

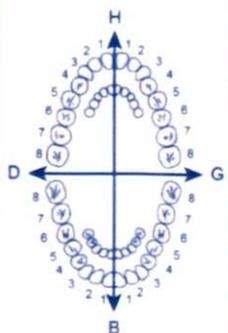
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |                |                  |             | 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 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|  |
|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
| 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

**Dr. A. Chafik RAHMANI**  
Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles  
Chirurgie de la FACE et du COU



Diplômé de la faculté  
de Médecine de Nancy (France)

• Membre de la Société Française  
et l'Académie Américaine d'O.R.L.  
et chirurgie TÊTE et COU

• Ancien spécialiste des Hôpitaux  
Militaires Marocains.

الدكتور أ. ع. شفيق رحمانى

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة  
جراحة الوجه، العنق

خريج كلية الطب بسانتيي (فرنسا)

• عضو الجمعية الفرنسية  
والأكاديمية الأمريكية للاختصاصيين

• اختصاصي سابق بالمستشفيات  
العسكرية المغربية

28.07.2024

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

**Mr ZAOUI Khalil**

21,80

POLYDEXA sol auric : FI/10,5ml

5 gouttes le matin et le soir, pendant 8 jours.



**PHARMACIE RACHA**  
Dr. Rachida FARJIA  
Route 36 Sidi Mouran N° 10  
Tél.: 05 22 70 02 94 - Casablanca

**Dr. A. Chafik RAHMANI**  
O.R.L. Chirurgie Tête et cou  
24, Bd. Abi Dar El Ghaffari - Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél.: 05 22 75 53 78

**Sur Rendez-vous بالموعد**

24, Bd. Abi Dar El Ghaffari  
Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف: 05 22 75 59 79 / 05 22 75 59 78  
الفاكس: 05 22 75 59 79

24، شارع أبي ذر الغفاري  
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء