

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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

Nº M21- 069161

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2684 Société : RAM 84387

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FLOUNIFI MOUSSA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-88-84-87-36 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



15 SEP. 2021

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

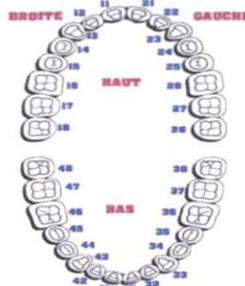
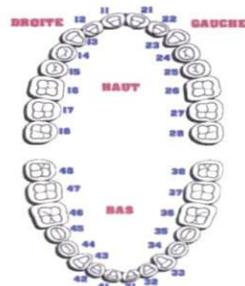


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>						
											
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire									
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	
D	H	G									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										

VOLET ADHERENT	NOM : .....
DECLARATION N°	W17-130347
Date de Dépôt	Montant engagé
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle	



W17-130347

DATE DE DEPOT

15.09.2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2484

Nom & Prénom EL OUAFI MOUINA veuve NAÏMINE

Fonction : ..... Phones 0688848774

Mail : .....

MEDECIN

Prénom du patient

EL OUAFI MOUINA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date 18/08/2021

Nature de la maladie : .....

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		800,00

PHARMACIE	Date
	12/08/21

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : .....
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

Dr. Abdeladim M'HADRA  
 Radiologie - Nutrition - Echographie  
 Spécialiste en Médecine de Rennes  
 travail de la Faculté de Dar Bouazza  
 Village P'tite de Dar Bouazza  
 Tél: 05 22 29 00 09 / GSM: 06 61 31 87 85

Pharmacie du 1er étage  
 Docteur El Miloudi Salah-Eddine  
 01, Centre Commercial Dar Bouazza  
 CASABLANCA  
 Tél/Fax: 02 22 30 04 18

Dr. M'HADRA Abd

Diabétologie - Nutrition

Echographie

Diplômé de la Faculté de Mé  
de MONTPELLIER - FRAN  
HOMEOPATHIE - OMNIPRA

Spécialiste en Médecin  
du travail de la Faculté de F  
Diplômé d'expertise  
et de réparation juridique et  
de la faculté de médecine de

Ancien Médecin à l'Hô  
Provincial de Laâyoune

91, Village Pilote de Dar Bouazza  
Tél.: 05 22 29 00 09 - INPE091112979



ENVIROSCAB  
Aérosol  
Antiparasitaire

الدكتور عبد العظيم أمهيدرة

أمراض السكري و التغذية - الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بمونبولي فرنسا

دبلومي في الفحص بالصدى

العلاج المثلثي

اختصاصي في طب الشغل

من كلية الطب ببرانس

دبلوم في الخبرة

والتعويض الجنسي من كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابقا بالمستشفى الإقليمي بالعيون

91, قرية التموجية بدار بوعزة

INPE091112979 - 05 22 29 00 09  
الهاتف:

Dar Bouazza, le 12/08/2021

Mme EL QAIFI MOENA

37.40

1/ EFFIPRED 20mg

3cp/8 pdt 3j

68,60

2/ HEPANAT

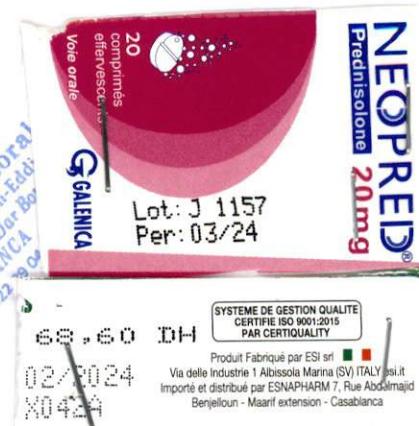
1cp x 3/j

3/ Doliprane 1000

1cp x 3/j

T: 120,00

اصحبوا معكم هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة



Dr. Abdeladim M'HADRA  
Diabétologie - Nutrition - Echographie  
Spécialiste en Médecine du Travail de la Faculté de  
91 Village Pilote de Dar Bouazza  
Tél: 05 22 29 00 09 / GSM: 06 61 31 87 85

PPV: 14DH00  
PER: 06/24  
LOT: K1763