

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 070105

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3394 Société : 86931

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDANE Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661086799 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin de																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W16-075239	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<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		



W16-075239

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 3394						
Nom & Prénom <u>BENDIDANE</u>								
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0664 084799</u>							
Mail								
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient							
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>57</u>							
Nature de la maladie		Date 1ère visite						
<u>Arthrose</u>								
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>9</u></td> <td></td> <td><u>250</u></td> </tr> </tbody> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>9</u>		<u>250</u>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
<u>9</u>		<u>250</u>						
<b>PHARMACIE</b>	Date <u>12-08-2022</u>							
Montant de la facture <b>Pharmacie TAJ EDDINE</b> Rue Echahid Benlahcen n°56B Hay Brades I TANGER T: 05 39 31 18 27								
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date :								
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires							
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>								
Date :		Montant détaillé des Honoraires						
Nombre AM PC IM IV								

Dr. MEIME Amina  
Gynécologue-Obstétricienne  
Résidence : 2 - Rue Ibnou Katir  
20 Maarif Extérieur  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 67 74 - Casablanca  
Urgence : 06 62 74 27 03

**Pharmacie TAJ EDDINE**  
Rue Echahid Benlahcen n°56B  
Hay Brades I TANGER  
T: 05 39 31 18 27

**INPE: 162102628**

Docteur EL KHADIME Amina

Ep. Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Lauréate de la Faculté de Médecine

de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie  
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة  
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
خريجة كلية الطب  
ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le: 12/08/21

- Chirurgie
- Gynécologie
- Accouchement
- Echographie
- Médecine foetale
- Sénologie
- Stérilité du couple
- Coelioscopie
- Hystérocopie
- Colposcopie

Pharmacie TAJ EDDINE  
Rue Echahid Benlahcen n°56B  
Hay Branes I - TANGER  
T: 05 39 31 18 27

Pharmacie TAJ EDDINE  
Rue Echahid Benlahcen n°56B  
Hay Branes I - TANGER  
T: 05 39 31 18 27

Pharmacie TAJ EDDINE  
Rue Echahid Benlahcen n°56B  
Hay Branes I - TANGER  
T: 05 39 31 18 27

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

Blissel® 50 µg/g  
Gel vaginal

Estriol

Voie vaginale

Blissel® 50 µg/g  
Gel vaginal

Estriol

Gel vaginal  
1 tube de 10 g de gel  
1 applicateur vaginal réutilisable

Lot: 103  
EXP: 01-2027  
PPV: 98,00 Dhs.

Blissel<sup>®</sup> 50 µg/g  
Gel vaginal

Estriol

Voie vaginale

Blissel<sup>®</sup> 50 µg/g  
Gel vaginal

Estriol

Gel vaginal  
1 tube de 10 g de gel  
1 applicateur vaginal réutilisable

Lot: 103  
EXP: 01-2027  
PPV: 98,00 Dhs.



Blissel<sup>®</sup> 50 µg/g  
Gel vaginal

Estriol

Voie vaginale

Blissel<sup>®</sup> 50 µg/g  
Gel vaginal

Estriol

Gel vaginal  
1 tube de 10 g de gel  
1 applicateur vaginal réutilisable

Lot: 103  
EXP: 01-2027  
PPV: 98,00 Dhs.