

## 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° W19-485893

90778

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 11457 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL IDRISSI Aziz

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse :

Tél. : 0664781442 Total des frais engagés : 436,90 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/2021

Nom et prénom du malade : ELIDRISSI Ilyass Age : 18/11/19

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Vaccination

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Tel : 0522 20 45 45

Le : 03/11/2021

Docteur ADIL FATHALLAH  
Généraliste  
Groupe Résidentiel El Firdaous Ham.  
65000 14 RDC Oufa-Casablanca  
Tél : 0522 20 45 45

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
03 M 2021	C2		250	INP : 091040582 <div> <div>Dr. Adil FATHALLAH</div> <div> <div>Spécialiste</div> <div>de Médecine Interne</div> </div> <div>Casablanca</div> <div>06 66 48 70 00</div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date <div style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{03}{11}</math> <math display="block">\frac{11}{2021}</math> </div>
	Montant de la Facture <div style="text-align: center;"> <math display="block">186,90</math> </div>

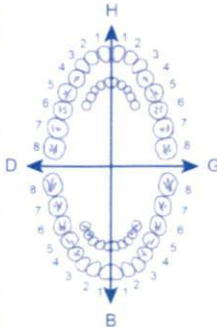
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

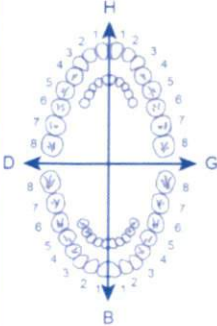
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>
	H									
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	B									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553			
	D	G								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	<p><b>(Creation, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
	<input type="text"/>									
	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
<input type="text"/>										
<input type="text"/>										
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
<input type="text"/>										
<input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Adil Fath Allah  
Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Roch  
Ex. Chef du service de Pédiatrie Hôpital Hassani



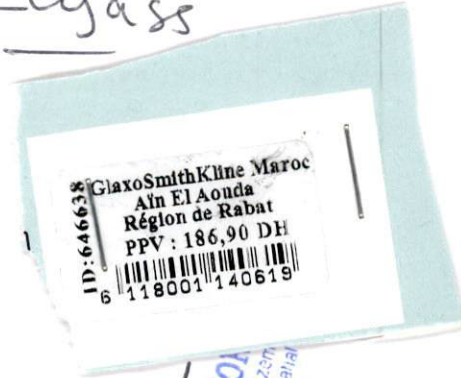
الدكتور عادل فتح الله

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضع  
طبيب سابقاً بمستشفى الاطفال ابن رشد  
رئيس سابقاً لقسم الاطفال بمستشفى الحسني

031 M / Mor

Elidriss Elmass

- MAVRIA 186,90



PHARMACIE CHO...  
Douar Chorfa Km 27 Rte d'Azem  
Café El Alaculyne - Sidi Raihal  
Tél : 05 22 96 93 85

Docteur Adil FATHALLAH  
Pédiatre  
Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm.  
65 GH 7 RDC - Oulfa - Casablanca  
Tél : 0522.91.00.30 - Urgences : 06 66 48 76 67