

# 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.

## 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.

## Éducation :

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 :

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- 1058317

115 916

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 867 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve Zouggari

Nom & Prénom : LAMDAHRI LAILA ZAHRA

Date de naissance : 1942

Adresse : 44 Rue de MEHRIA - Angle YACOUZ APOUS

ELMANOOR HAY SALAM CASA

Tél. : 0660976387 Total des frais engagés : 2339,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALAMI Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Grandi - Casablanca  
Tél : 05 22 39 71 12 / 06 61 15 78 06

Date de consultation : 12 MAI 2022

Nom et prénom du malade : LAMDAHRI LALLAZAHRA Age :

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

Nature de la maladie : FA - HTA

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 : CASA Le : 19.10.2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

2 MAI	Consulenza Civile	300815	Prof. Dr. J. J. Cardinale 264 Bu. Chandi - Casablanca Tel: 05 39 01 12 / 08 61 15 7
-------	-------------------	--------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie SENHAJA HEALTH</b> <b>Dr. SENHAJA ABDELHAMID</b> 98-100, Rue: Capitaine LOUBEI KHAULI Hay Mohammadi - CASABLANCA Tél : 0522.62.38.14	12/05/22	2039,10

2039, 10

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

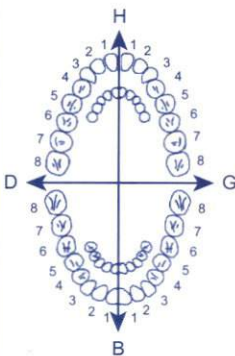
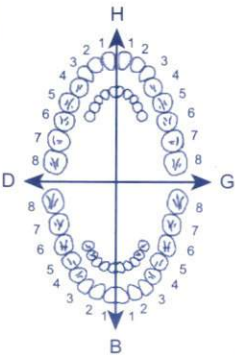
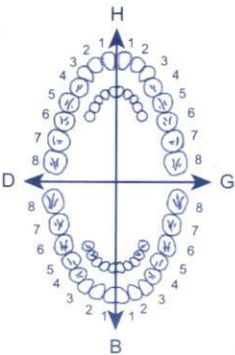
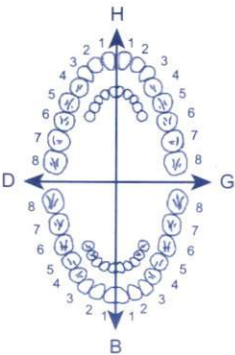
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

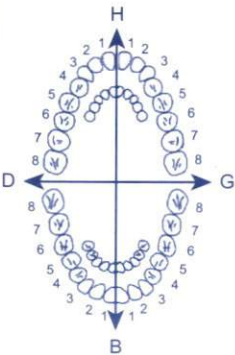
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

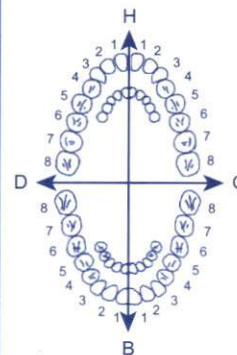
  

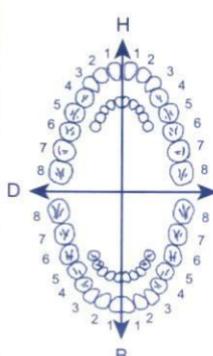
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <p>00000000    00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>D                      G</p> <p>00000000    00000000</p> <p>35533411    11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>H</p> <p>21433552</p> <p>00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>G</p> <p>00000000</p> <p>11433553</p> <p>B</p> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION	



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

## ORDONNANCE

12/05/2022

LAMDAGHRI

LALLA ZAHRA

629,00 x 3

**XARELTO 20**

1cp /J

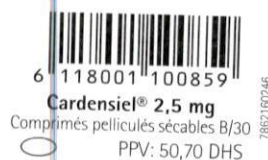
50,70 x 3

**CARDENSIEL 2,5**

1cp /J

T= 2039,10

Pharmacie SENHAJA HEALTH  
Dr. SENHAJA ABDELHAMID  
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALIL I  
Hay Mohammadi, CASABLANCA  
Tél : 0522.62.38.14



Dr. ALAMI M.  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 01 12/06 01 15 78 06

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	LAMDAAGHBI LALLA ZAHRA
Matricule :	867
N° CIN :	
Adresse :	44, Rue de MEHDIYA d'angle Bd Yacoub Almansour APPO5 HAY SALAM CATSA
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M.:	
Nécessitant un traitement d'une durée :	
<p>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</p> <p>Fibrillation Auriculaire sans Anticoagulation</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>Fait à : le / /</p> <p>Cachet et signature du médecin traitant :</p> <p>12 MAI 2022</p> <p>Dr. ALAMI M Professeur en Cardiologie 264 Bd Ghandi - Casablanca Tél. : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06</p>	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées