

## 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 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
- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-593492

128866

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4088 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ARIFI MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1934

Adresse : BLOC 3 ANFA 3 MAARIF CASABLANCA

Tél. : 06 77 56 19 37 Total des frais engagés : 725.40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3/10/2022

Nom et prénom du malade : BEKKAIR Meziane Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Parent  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.

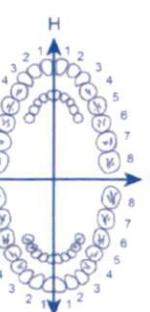
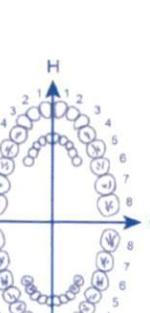
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Spins/	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<b>BENLAKDAME Abderrahmane</b> <b>INFIRMIER</b> <b>30, Rue El Kadissia Derb Ghalef</b> <b>Casablanca</b> <b>Tél: 052 74 59 13 - Dat N° 2477777</b>	31/12/2002	3	X		35,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)												
				<b>INP :</b> <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">B</td> <td style="text-align: center; border-bottom: none;">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411 11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G		00000000														
B		35533411 11433553														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

Dr.EL ARABI Abdelali  
Diplome du C.H.U Ibnou Rochd  
MEDCINE GENERALE  
Echographie  
Ancien Médecin Chef  
Du n°1 BMM  
Circoncision des enfants



الدكتور العربي عبد العالى

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH

ORDONNANCE

CASABLANCA LE : 31/08/2022

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH

1. M. Majeau Béchir  
56,60x3 S.V.  
① ② ③ D. p. 1/166,80  
268,00 A R le 9/08/2022 S.V.  
② 28,80x2 V. T. N. 200  
③ 28,80x2 V. T. N. 200  
2. 28,80  
3. 28,80

PPV  
LOT PER 28,80  
LOT PER 28,80

495,40

Dr. EL ARABI Abdelali  
Diplôme du C.H.U Ibnou Rochd  
Médecine Générale  
Echographie  
Ancien Médecin Chef  
Tél: 05 22 26 23 42  
INPE: 092042456  
19 bis, Blvd Ibnou Sina  
Tél: 0522 36 33 27  
ICPE: 00260084300001  
Mme Ghita Benyahia

Dr. EL ARABI Abdelali  
Diplôme du C.H.U Ibnou Rochd  
Médecine Générale  
Echographie  
Ancien Médecin Chef  
Tél: 05 22 26 23 42  
INPE: 091242420

180 زنقة أسفى (م.ق) البيضاء - أنفا - الهاتف: 05 22 26 23 42 المحمول: 06 67 79 53 93

180, Rue de safi (A.M) Casa - Anfa - Tél : 05 22 26 23 42 - GSM: 06 67 79 53 93