

# 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



Aluuf70  
Coupon

## Déclaration de Maladie : N° S19- 0009949

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 71720 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LABYED YOUSSEF Date de naissance : 24/03/7974

Adresse : Royal AIR MAROC CONAKRY GUINEE

Tél. : 224 65 47 07 307 Total des frais engagés : 395 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :



Age: .....  
 Enfant

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) : LABYED

Le : 2.12.2022

### VOLET ADHERENT

#### Déclaration de maladie N° S19-

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 71720

Nom de l'adhérent(e) : LABYED

Total des frais engagés : 395

Date de dépôt :

### RELEVE 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
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	02/11/91 22 AM	3055.00	.....
.....	ENP 04/30000520	.....	.....

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

### VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....		.....
.....	.....	.....	.....	.....	

  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS	
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....	.....	

  

H	21433552	DATE DU DEVIS	
D	00000000		.....
B	00000000		.....
G	11433553		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....

  

H	21433552	DATE DE L'EXECUTION	
D	00000000		.....
B	00000000		.....
G	11433553		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....
.....	.....		.....

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat  
Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat  
Diplômée en échographie thyroïdienne  
de la faculté de médecine de Marrakech

0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد  
السكري والإضطرابات الهرمونية  
خريجة كلية الطب بالرباط وهي إبنة أخصائية  
سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط  
دبلوم الفحص بالصدى للغدة الدرقية  
بحكلية الطب بمراكش

0528 224 225

Agadir le : .....

## Mme AMAL EL HATIMI

AC Anti Recept TSH

Dr. Samir Mahroud F.L.L.A.L.  
Tél: 0528 820 220 / fax: 0528 820 451  
Im. M'rabda, Bd. Cheikh Saadi  
LABORATOIRE MAFROUD  
DIAGNOSTICS MEDICALS

Dr. Kaoutar BARAKATE  
Endocrinologue-Diabétologue  
et Nutritionniste  
Imm. SAFA SUD Av. Hassan I  
AGADIR - Tél: 05 28 22 42 25  
INPE: 041390273 - ICE: 001700647000003

رقم 12 عمارة صفاء الجنوب شارع الحسن الأول (الطابق الأول) - حي الداخلة - أكادير

Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1 er, N° 12 -Cité Dakhla ( au dessus de la BMCE) AGADIR

# Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc  
Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027  
IF: 75701680 INP: 043000520

Code Patient : 356919  
02/12/2022

## FACTURE N° 247841

Nom et Prénom ... : Madame Amal EL HATIMI

Prescripteur .... : Dr. BARAKATE KAOUTAR

Référence..... : 021222 173

Analyses cotées à : SEC Dh 0,00+ ATSH Dh380,00+

Arrêtée la présente facture à la somme de 395,00 Dhs  
**Trois cent quatre-vingt quinze Dirhams et zéro centime**

Dr. Samir MAHFOUD  
Biologiste

Dr. Samir Mahfoud EHAD  
B.C.  
Im. Marhaba, Bd Chaikh Saadi  
0528 820 451  
Fax: 0528 820 451  
LABORATOIRE MAHFOUD  
ANALYSES MEDICALES