

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-435829

145400

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19511 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAACH SAIF EDDINE  
 Date de naissance : 28/09/1986  
 Adresse : RUE MILIA RESIDENCE DU PARC  
 APPELH MOHAMME-DIA  
 Tél. : 0661146628 Total des frais engagés : 661 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2022  
 Nom et prénom du malade : MAACH SAIF EDDINE  
 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 : CASABLANCA Le : 20/11/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :





| 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 |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

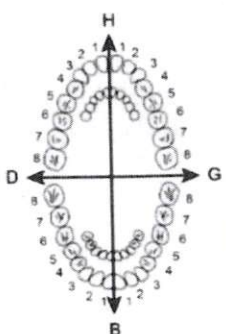
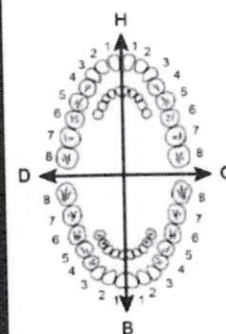
| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 15.11.2022 | 4.000,00              |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |     |     |     |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

**VOLET ADHERENT**

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|---|--|------------------|-------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| Important :<br>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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|    |  |                  |                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | FIN D'EXECUTION [ ]                           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |                         | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|   | H  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 25533412   | 21433552         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 00000000   | 00000000         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | D  | G                |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 00000000   | 00000000         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 35533411   | 11433553         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | B  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | DATE DU DEVIS [ ]                             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION [ ] |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Mohamed SEDIRA**  
**PEDIATRE**

Prématuré - Nouveau Né - Nourisson - Enfant  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Médecine de Sport

15, Avenue des F.A.R  
1er Etage - Appt N° 4 - Mohammedia  
Tél.C. : 05 23 31 06 08  
Urgences : 06 63 44 32 71



**الدكتور محمد سديرة**

**طب الأطفال**

الرضيع - الأطفال  
خريج كلية الطب بباريس  
الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي  
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية  
05 23 31 06 08 : العيادة  
06 63 44 32 71 : المستعجلات

Mohammedia, le 19/11/2022 المحمدية، في

*MAACH* *jos.*

411,00

1

*HERAXIM*



*12 d m*

= 411,00

LA PHARMACIE DE L'AVENUE  
SARL  
Angle Boulevard Mohammed V  
et Rue Rif - Mohammedia  
Tél : 05 23 32 05 02

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Aln senaa Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2  
AIG SP  
P.P.V: 411,00



5 118001 082063

**Dr. SEDIRA Mohamed**  
15 Av. Pédiate Mohamed  
Appt 4 - Mohammedia  
Tél: 0523310608 / INPE 091126490