

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0007035

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2493

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABIR

ABD ELLAHI

Date de naissance :

Adresse : EL WIJFAK 3 Rue 80 N° 42 04/04

Tél. : 06 62 70 49 34

Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد العجاج  
طبيب مختص، خبير في التهابات  
الرئتين، طبيب مولادي التهامي  
60، مستشفى الحسيني الدار البيضاء  
(قرب مستشفى الحسيني) 90 97 56  
مارينا - 022 90 70 48  
هاتف.

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 19 JAN 2019 SABIR Abdellah Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 56

#### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0007035

35600

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).

2493

Matricule : ..... Nom de l'adhérent(e) : ..... Total des frais engagés : ..... Date de dépôt : .....

2493

156,00

#### **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
19 JAN 2023	C		20000	مليون و مائة ألف دينار
				مليون و مائة ألف دينار
				مليون و مائة ألف دينار
				مليون و مائة ألف دينار

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Majlis Dounia Eraka SARL AU</b> 299 Rue 64 El Wifak 3 1 Oulfa Casablanca 01 51 34	19/01/23	156,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
		100-400-30	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important :**

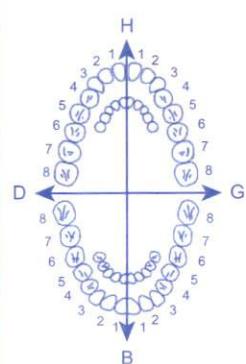
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553



### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف

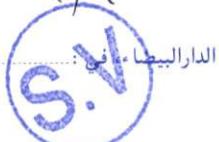
محامٍ المحاكم

الدار البيضاء - المغرب

61,50

Casablanca, le :

19 JAN 2023



1.

Tebic 15

لـ 15 درهماً

30,00

2.

Nadol Fcu 400



لـ 40 درهماً

40,90

3.

Ranitidex 10



لـ 14 درهماً

14,60

4.

Doliphan 150



لـ 15 درهماً

T: 156,50

الدكتور سعيد الخزولي  
طبيب محلف محامٍ المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيني - الدار البيضاء  
V. 299 Rue 64 El Wifak  
El Oulfa Casablanca

طبيب محلف محامٍ المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي)  
فندق المحيى 11 - الدار البيضاء  
مانفلا - Hay Hassani - Casablanca  
تلفون: 05 22 90 70 48  
fax: 05 42 56 11 11

60. طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22 90 70 88 - الهاتف: E-mail : drgza@gmail.com

PPV: 49 DH 90

t pas

ترعة  
منوية

PPV 14DH60  
PER 10/25  
LOT L3000

PPV: 61DH50  
PER: 09/25  
LOT: L3090

NO - DOL FEN 400MG  
CP PELL B30  
P.P.V :30DH00  
LOT :22E005  
PER:08/2027



6 118000 061878