

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

\*UPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

Nº W21-787826

159343  Optique  Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 28539	Société : RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : HILAL ZOHNA	
Date de naissance :	
Adresse : CASABLANCA	
Tél. : 0697678607	Total des frais engagés : ..... Dhs

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :
Date de consultation : 15-02-2023
Nom et prénom du malade : H. Hilal Zohna
Age: .....
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Lombalgie
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) :



### 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
15-02-2019		1 Soins		INP : 091022019 Dr. M. EBARA Médecin Dentiste Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASA ALMAZ Res Zahoni Lot 33 Mag N° 2 HH Casablanca	102123	PHARMACIE CASA ALMAZ Res Zahoni Lot 33 Mag N° 2 HH Casablanca 03.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur Faïza BENGEBARA BENABDERRAZIK**

Médecine Générale

Diplômée en Echographie Générale

Certificat de Nutrition

(Obésité, Diabète, Sport, Grossesse, Enfant...)

Médecin du Travail et d'Ergonomie

Faculté de Médecine de Rennes France

Lotissement Ottour Lot. N° 2 - RDC

Sidi Moumen - Casablanca

Tél.: 05 22 75 47 45



الدكتورة فائزة بنجباره بنعبد الرازق

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

شهادة التغذية

(السمنة، داء السكري، الرياضة

المراة الحامل، الطفل...)

طبية الشغل

كلية الطب رين بفرنسا

جزئية عطور رقم 2 - الطابق السفلي

سيدي مومن - الدار البيضاء

05 22 75 47 45

الهاتف :

Casablanca, le : 15.02.23



79,00

- Reftal 15

1 CP 5



79,00

14,00

- Diplome 15

1 CP 5



93,00

PHARMACIE CASA ALMAZ  
Res Zahra Lot 39 Mag N° 2  
HH Casablanca

PPV: 14DH00

PER: 10/25

LOT: L3604



Docteur FAÏZA BENGEBARA  
BENABDERRAZIK

Médecine générale

Lotissement Ottour Lot. N° 2 RDC  
Sidi Moumen Casablanca Tél : 05 22 75 47 45