

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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)

169052

## Déclaration de Maladie : № S19-0045659

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13022 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Amine BAGHDAD Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674083145 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Zineb LAHLOU BELLAÏLIH**  
**PEDIATRE**  
Val Fleuri Casablanca  
Tél: 0522 25 15 32

Date de consultation : 4 / 4 / 19

Nom et prénom du malade : BAGHDAD Leyma Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : RGO

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) : f

### 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
4.10.23	4		300.00	<i>DR. M. BLOUHLOU BLOUHLOU PEDIATRE Val Fleuri Casablanca Tél: 0522 25 15 34</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MUSC NAASSIM Quartier Nassim Istanie Mag Commercial 880/1A Rue N°14 Hay Nassim Casablanca Tel 05 20 49 05 49 / INPE : 062114188</i>	04.10.4.1.20.23	413.00 DH

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
				<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'exécution</b> <input type="text"/>

**O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES**

H	
D	
B	
G	

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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**

LOT

LOT 2215804  
EXP 2025/06  
PPC 80 DHS

EFEN  
alimentaire

Lot : 123724  
Date de Fab : 02.2022  
Date de Pér : 01.2024  
PPC : 99 Dhs

élophone : 05 22 25 15 32  
SMS : 06 77 77 25 74  
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Mag Commercial 880/1A Rue N°14  
May Massani - Casablanca  
Tél : 05 20 49 05 49 | INPE : 062114186

Casablanca, le ..... 04.4.23

Deyna BAGHDAD

80,00

- Reflex Aid aps tête

**SV**

1 uel x 3/5 (15)

99,00

- Prodefee

**SV**

1 sachet x 1/5 (15)

234,00

- Inrexin long

**SV**

1/2 sachet x 1/5 (15)

puis 1/2 (15)

Dr. Zineb LAHLOU BELLALIH

PEDIATRE

Val Fleuri Casablanca

Tél: 0522 25 15 32

T = 413,00 DH