

## 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

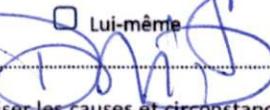


## Déclaration de Maladie

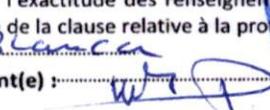
N° W19-460226

176980

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 87114	Société : Ram	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : GRIOU ABDERRAHIM		
Date de naissance : 03.06.1963		
Adresse : Lot MYLITAMI Rue 3 N° 42 El Aulj CASA		
Tél. : 06.62.37.22.45		Total des frais engagés : 2004.295.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 11/09/2023	
Nom et prénom du malade : Dr. GRIOU ABDERRAHIM Age: 60	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 11/09/2023



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.
09/23	5	1	200	INP : 05000912 Docteur Mohamed JELLAJ Ex. Assistant CHU St Louis 24, Rue de Rachba Tunis

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cahier du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
DISPENSATION DU 10/01/2019 A LA SOCIETE DISTRIBUTION SARL A J 09 193	10/01/2019 193	295,90

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> 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 : <input type="text"/>	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>	
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>	
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
	CCEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>
	DATE DU DEVIS				<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				

# Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

# الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلوريز بباريس  
أمراض السكري - السمنة - الكولسترول  
الغدة الدرقية

الهاتف: 0522 48 27 88

Griou Abderrahim  
Casablanca, le 11/09/2002

PPV	LOT	EXP	02	2026
02	20	26	02	2026
107	60	26	02	2026
02	20	26	02	2026
230820	230820	230820	230820	230820

PPV	LOT	EXP	02	2026
02	20	26	02	2026
107	60	26	02	2026
230820	230820	230820	230820	230820

Stagid 107,60α2

2/00dia 26,90 x 3

1/45

1/1

PPV	LOT	EXP	02	2026
26	90	26	90	26
26	90	26	90	26
26	90	26	90	26
26	90	26	90	26

PPV	LOT	EXP	02	2026
26	90	26	90	26
26	90	26	90	26
26	90	26	90	26
107230742	107230742	107230742	107230742	107230742

LYS PHARMA SARL  
FAHIRI JOUTI Jaouad  
Docteur en Pharmacie  
Bd. Oued Sebou  
150, El Oulfa  
TANCA  
Doktor Mohamed JELLAL  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Bagdad CASA  
Tél: 0522 48 27 88

24، زقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca