

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038901

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 428 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUHA Mohamed  
 Date de naissance : 15.11.44  
 Adresse : Hay oulfa Rue 12 N° 6  
 Tél. : 06 70 11 85 66 Total des frais engagés : 1392,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 25/09/2023  
 Nom et prénom du Malade : Bouha Mohamed Age : 78 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Spasmodie pulmonaire  
 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 : / /



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/23	1092,90

[illegible][illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span><b>D</b></span> <span><b>G</b></span> </div> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZOUGAGHI Sinane

Chirurgien Urologue

- Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

- Ancien médecin au CHU Avicenne - Rabat

- Ancien interne des hôpitaux de Paris - France

الدكتور الزوگاحي سنان

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية



LOT 230748  
EXP 02 2027  
PPV 31.30

2023/09/27

LOT 231387  
EXP 04 2027  
PPV 31.30

Dr. Zouaghi Sinane

Zylonic 1g/2g

31.30  
x3

Combo dat 1g/2g

333.00  
x3

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 333.00 DH  
ID: 652588  
6 118001 142880

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 333.00 DH  
ID: 652588  
6 118001 142880

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 333.00 DH  
ID: 652588  
6 118001 142880

PHARMACIE AL OUM  
S CHALAK HAJ NASSER  
Docteur en Pharmacie  
55 Av Oues  
Tél/Fax: 05 22 90 53 45  
ICE: 001541468000057

Dr. ZOUGAGHI Sinane  
Chirurgien Urologue  
CHU Avicenne - Rabat  
Bâtiment: Casablanca  
Tél: 05 22 90 53 45

LOT 231387  
EXP 04 2027  
PPV 31.30

193, Bd. Oum Rabii Appt. n°

193. شارع أم الربيع شقه رقم 14 الولفة - الدار البيضاء

Fixe : 05 22 89 00 98 Urgence : 06 62 71 04 01 E-mail: sinane27@gmail.com