

# 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 ALP :

- 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° M21- 0014164

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2303 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Bachry Mostafa  
 Date de naissance : 14.2.1951  
 Adresse : Cité Alwanine 74B 6ème 6 H7 Cas  
 Tél. : 06.61.81.9.8.9 Total des frais engagés : 44.1 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Ahmed LAKLALECH**  
**Médecine Générale**  
**Hay Lamia Bloc 6 - N°2 bis**  
**Hay Mohammadi-Casablanca**  
**Tél: 05 22 62 81 38**  
 Date de consultation : 08/01/2024  
 Nom et prénom du malade : Mr BETTI PATRICK Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Alf Brucellose  
 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 : Casa Le : 08/01/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
08/01/2024		-	1590	<p><b>r. Ahmed LAKLALEC</b>  <b>Médecin Généraliste</b>            Hay Lamet Bloc 3 N°2            Hay Mohammadi - Casablanca            T: 33 5 22 62 81 38</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>08</p> <hr/> <p>01</p> <hr/> <p>2024</p>	<p>291.10</p>

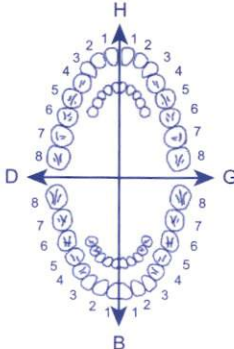
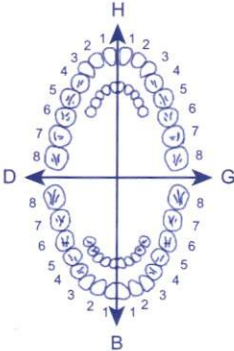
[illegible][illegible]

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>										
				Montants des Soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		Montants des Soins <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Docteur Ahmed LAKLALECH

Médecine Générale

Ancien Médecin des Hôpitaux Publics

Hay Lamia, Bloc 6 N° 2 Bis

Hay Mohammadi, Ain Sebla

Casablanca

Tél.: 05 22 62 81 38

LOT: 5716  
PER: 07/26  
PPV: 82DH10

حي لمياء - بلوك 6 - رقم 2  
الحي المحمدي - عين السبع - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 62 81 38

Casablanca, le: 08/01/2024 في: الدار البيضاء.

PPV: 132DH00  
PER: 06-25  
LOT: M1845

39,00

7 - BETTi BASSIMA

132.00

11

maxillary surgery 16 kel

2270

the 2nd, the

PPV 22DH70 EXP 04/2026  
LOT 320438

21

BORNE

15.3

the 2nd

31

DOLAMINO

39.00

the 3rd. An

41

METRAL 1 Day

81.10

the 1st of the 2nd

51

EUBOL Day 14

291.10

the 1st of the 2nd



Ahmed LAKLALECH  
Médecine Générale  
Hay Lamia, Bloc 6 N° 2 Bis  
Hay Mohammadi-Casablanca  
Tél: 05 22 62 81 38