

## 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

- 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-793565

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2751 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZGUENI M'HAMED A 93702  
 Date de naissance : 15/07/53  
 Adresse : 118, AL MOUNTAZAH DIN-DIAB CASABLANCA  
 Tél. : 0669792679 Total des frais engagés : #387,40# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 02 FEV 2024  
 Nom et prénom du malade : ZGUENI M'HAMED Age : 60  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Casablanca Le : 02/07/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDR 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
02 FEV 2024	C		2000	INPE 094069666

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz Route Mly Thami - Hay Hass Tél: 0522 00 11 11	22 24	18740

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS		
			DATE DU DEVIS		
			DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 02 FEB 2024 : الدار البيضاء، في

Dr. ZGHENI THAMAM

29065  
06/26  
STDH90

1. 27.90 Ecoclav 1500

1671  
ay

PPV: 40DH00  
PER: 12/26  
LOT: M4156

2. 40.00 AS Cefixime 200

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz  
58, Route Moulay Thami Hay Hassani  
Tél: 05 22 90 70 88 - Casablanca

737  
ay

3. 59.50 AS Eng 1000

LOT 129550/FC47  
PER 10/2026  
PPC 59,50

دكتور سعيد الخزولي  
طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم  
(قرب مصحة الضمان الإجتماعي)  
60, Route Moulay Thami Hay Hassani  
Tél: 05 22 90 70 88 - Casablanca