

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.



Déclaration de Maladie

M23- N° 0032281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 71110

Société : EAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FALLO FATHI MAEZZOUMA

Date de naissance : 10-12-1965

Adresse : 1 rue

Tél. : 061407879

Total des frais engagés : 194000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/02/2024

Nom et prénom du malade : FALLO FATHI MAEZZOUMA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## 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'H  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
06/12/23	Ve		300 DA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/12/2023	298,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

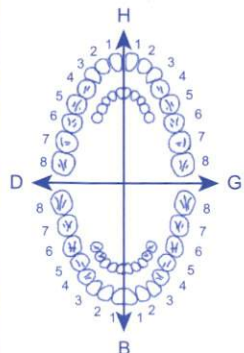
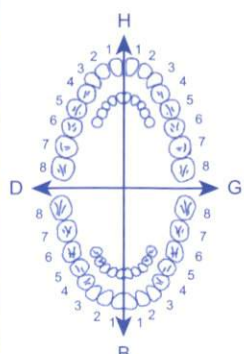
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	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"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

**Dr. Anwar ELAALAM**

**Spécialiste  
Chirurgie Générale**

**Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier**

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier  
Ex. Chirurgien des Hôpitaux Militaires  
Chirurgie Digestive, Gynécologique,  
Cœliochirurgie, Proctologie  
(Hémorroïdes Fissures, Fistules)  
Echographie Générale

**الدكتور أنور العلام**

**إختصاصي  
الجراحة العامة**

**خريج كلية الطب بمونبولي**

مساعد سابق بمستشفيات فرنسا  
جراح سابق بالمستشفيات العسكرية  
إختصاصي في : جراحة الجهاز الهضمي  
أمراض النساء، جراحة الشرج (البواسير)  
والجراحة بالمنظار

Casablanca, le .....

**ELAALAM Anwar**  
CHIRURGIE GÉNÉRALE  
19 Bd de Bourgogne  
Casablanca Tél : 05 22 29 35 64

*Handwritten notes:*  
FABID 19/10/85  
1) 79,40 x 3  
A 800 mg x 3 BC  
22.20  
y Codolone  
2 fois li  
36,90  
y I Do 100 mg Sup  
Mrs Bsoni

**Pharmacie Lahjajma**  
**ZEMMAMA Nadia**  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél : 05 22 29 35 64

**ZEMMAMA Nadia**  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél : 05 22 29 35 64

PPV: 790DH70  
PER: 06/26  
LOT: M2220

PPV: 790DH70  
PER: 04/26  
LOT: M1242

PPV: 790DH70  
PER: 06/26  
LOT: M2220

PPV: 22DH20  
PER: 05/25  
LOT: M1710

LOT: 07/22 DH  
PER: 04/2028  
PIV: 36.90 DH

*Handwritten:* 298,20

**ELAALAM Anwar**  
CHIRURGIE GÉNÉRALE  
19 Bd de Bourgogne  
Casablanca Tél : 05 22 29 35 64