

# 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

196128

Déclaration de Maladie : N° S19-0005726

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAFRI Abdellah Date de naissance :

01/01/1952

Adresse : BLOC 0. N° 07 - HAY S AADA HAY HASSANI CASA

Tél. : 06 74 31 58 18 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الكروزل  
طبيب معلم، خبير لدى المحاكم  
طريق مولاي النعمة، 60  
مستشفى الحسني الحسني  
(قرب مستشفى الحسني) - الدارالبيضاء  
ماروك - 022 90 70 88  
العاصمة.

Date de consultation : 05 FEV 2024

Nom et prénom du malade : SAFRI Abdellah Age :

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 : 07.02.2024

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
05 FEV 2024	C		10000	INPE 091069666

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAISON PHARMACEUTIQUE 16, AVENUE DE LA LIBERTE 75019 PARIS TÉL. 01 42 22 38 28	05/02/24	526,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				Coefficient des travaux																	
				Montants des soins																	
				Début d'exécution																	
				Fin d'exécution																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>35533411</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		D	25533412	G	21433552		00000000		00000000		00000000		00000000	B	35533411	B	11433553	Coefficient des travaux
H																					
D	25533412	G	21433552																		
	00000000		00000000																		
	00000000		00000000																		
B	35533411	B	11433553																		
				Montants des soins																	
				Date du devis																	
				Date de l'exécution																	

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

**SYNTHMEDIC**  
22 rue zoubair bnoi al souam roches  
noires cassé  
**INEXIUM**  
40 mg Cpr GR  
Boîte 14  
84115DMP/21NRQ P.P.V.: 23.60 DH  
6 118004 000007

الدكتور سعيد الخزولي

طیب محلف

## المحاكم لدى خصم

Casablanca, le : **05 FEV 2024** في : الدار البيضاء،

123,6

## Timeline 40

6714

781

2 -

Betaselc

S.V

44,82

*Carbosilane*

aff

46,70

4c. Mylocic 

Jan 5  
LOT 231735  
EXP 05 2027  
PPV 46.70 DM

Laboratoires MAPHAR  
Boulevard AL-Khandaq N°6  
Quartier Industriel,  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Maroc  
P.P.V. : 116,00 DH

116,80 x 2

14/1

۱۱۹

111

SV  
1971

maphar   
ZI Zenata Aïn Sébaâ, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP BEI

P.P.V. : 116.80 DH

مانع

60، طبق مولاي التهام (قب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani) Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - االـاـلـاـف : E-mail : [drazsa@gmail.com](mailto:drazsa@gmail.com) - INPE : 091069666 - JE : 51169500