

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19-0026272

### 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.

### Biologie 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.

### Éducation :

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.

### Prothèse 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

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3170 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RABHIB ELTIHATI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM <b>RARHIB AMINE</b>	Mle <b>3170</b>
DECLARATION N°	<b>W18-348089</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>26/09/2019</b>	<b>Dr: 200DH - 1800DH</b>	<b>deux pieces</b>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-348089

DATE DE DEPOT

**26/09/2019**

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>3170</b>
Nom & Prénom <b>RARHIB EL NAATI</b>		
Fonction: <b>RETRAITE</b>	Phones: <b>0613604615</b>	
Mail		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>RARHIB AMINE</b>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <b>26/09/2019</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<b>Affectation = unilatérale</b>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>C2</b>		<b>200 DH</b>
<b>PHARMACIE</b>		
Date		
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date <b>26/09/2019</b>		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
		<b>1800 DH</b>

Dr. AITOUF A. EL ABBAS  
 Spécialiste de la Chirurgie  
 et Maladies des Joints  
 276, Bd. Rios Ouest - Casablanca  
 Tél: 0613604615

**OPTIQUE NIL**  
 Bloc 42, 70 Bd. Nil  
 Sidi Othmane - Casablanca

**Dr ÂATOUF ABDELFTTAH**

**Ophtalmologiste**

- \* Spécialiste de la Chirurgie et Maladies des yeux
- \* Ex Medecin Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
- \* Ex Chef du Pol medical et chef du service d'Ophtalmologie à l'Hopital Sidi Othmane
- \* Membre de la Société Française d'Ophtamologie



**مركز أمراض و جراحة العيون**  
Centre de chirurgie et des maladies des yeux

**الدكتور عاطوف عبد الفتاح**

**اختصاصي في أمراض  
وجراحة العيون**

- \* طبيب أمراض و جراحة العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
- \* رئيس القطب الطبي ورئيس قسم أمراض و جراحة العيون سابقا بمستشفى سيدي عثمان
- \* عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

CASABLANCA LE, 26/9/2013

**NOM ET PRENOM DU MALADE**

BARHIB AANE

**PRESCRIPTION DES LUNETTES**

**VISION DE LOIN**

O. D - 3,00 (-2,25 G 18°)

O. G - 4,00 (-2,25 G 18°)

**VISION DE PRES**

O. D

O. G

**MONTURES**

**OPTIQUE NIL**

Bloc 42  
276 Bd. Reda GUDIRA - Casablanca

Spécialiste de la Chirurgie  
et Maladies des Yeux  
Dr. ÂATOUF A. C. GUDIRA

276, شارع رضی اكديرة (النیل سابقا) قرية الجماعة قرب السنيما المدنية فوق الشركة العامة المغربية للأبنك - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس: 05 22 57 58 59 / النقال ( المستعجلات ) : 06 61 18 94 79

276, Bd Reda GUDIRA (Ex Nil) cité djamaâ à côté cinema AL MADANIA Casablanca

Tél / Fax: 05 22 57 58 59 / GSM : 06 61 18 94 79 ( Pour les Urgences )



*A. H. Elmkent*