

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@mupras.com

La MUPRAS gère le respect de la loi n° 2002-303 relative aux droits des personnes physiques à l'égard de traitement des données à caractère personnel.

06 18 55 14 14



Déclaration de Maladie

N° W19-488767

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : To Lo Société : _____

Matricule : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BATA SSA SALAH

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 : _____

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : _____

Réf. Imp. 302 216 02

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
04/11/19	G	1	250	DOCTEUR RAHMAN ABDELMALEK DENTISTE Boulevard de la faculté de médecine Tél 022 27 63 87-48 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HIRIQUA LAILA Casablanca	04/11/19	399,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur ABDALLAH BAHANI

DIABETOLOGUE

Echographie Clinique

Electro Cardiogramme

Cholestérol - Régimes

Diplome de l'Université de Montpellier

EXPERT MEDICAL

**DESS Expertise médicale et réparation
juridique du dommage corporel**

**Ancien médecin attaché des Hôpitaux de France
Médecin Assermenté**

الدكتور عبد الله بهاني

أمراض داء السكري

الفحص بالصدى

التخطيط للقلب

الكوليسترول - التغذية

دبلوم من جامعة مونتبلي

خبير طبي

دبلوم في الطب الشرعي و التقويم

القانوني للأضرار الجسدية

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب محلف



Casablanca, le في الدار البيضاء

04/11/2019

Mr BATASSA Salah

LANTUS SOLOSTAR

15 U LE SOIR A 22 HEURES, PENDANT 1 MOIS

APIDRA SOLOSTAR

4 U MATIN, 8 U MIDI ET 4 U LE SOIR A 20 HEURE, PENDANT

JUVAMINE

2 GELULES MATIN APRES LE REPAS, PENDANT 20

MYANTALGIC 325 MG/37,5 MG

1 COMPRIME LE SOIR, PENDANT 1 MOIS

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
5 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
5 118001 081622

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 300DH00

EXP 07/2021

LOT 94043 3

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 300DH00

EXP 07/2021

LOT 94043 3

