

# 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043059

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5357 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FILALI RAFAEL RACHID

Date de naissance : 28/12/1958

Adresse : Rue 93 N°22 Famille Française

Tél. : 06.66.73.32.78 Casa

Total des frais engagés : 5001,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ L'adulte ☐ L'enfant ☐ 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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043059

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## Declaration de Maladie

N° W19-475116

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5357 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FILALI RAFIK RACHID

Date de naissance : 28/12/58

Adresse : Rue 93 N° 22 Famille Française

Tél. : 0666733278 Total des frais engagés : 500,00 DH

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatna MOUSSALI  
Gynécologue Obstétricien  
11, Rue Ghali Ahmed El Seguel  
Tél: 0522 27 80 09/0522 27 68 11

Date de consultation : 29/11/19

Nom et prénom du malade : MRANI ALAOU Age : 55

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère chronique, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 29/11/19

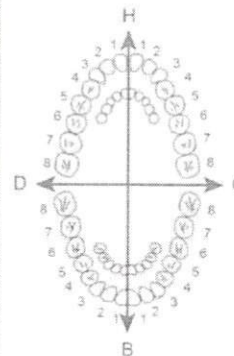
Signature de l'adhérent(e) :



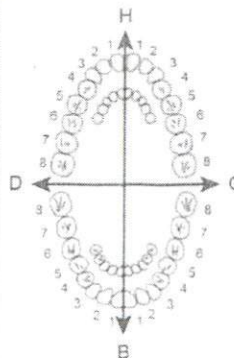
[illegible][illegible][illegible]

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

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



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



					COEFFICIENT DES TRAVAUX													
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>					COEFFICIENT DES TRAVAUX													
<table><tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr></table>							H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EXE

Docteur MOUSSALLI Fatna

Gynécologue Obstétricien

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Clermont Ferrand

Sénologie - Stérilité - Echographie

Chirurgie Gynécologique

11, Rue Ghali Ahmed (Ex. Berthelot)

CASABLANCA

Tél. : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

الدكتورة مصلى فاطمة

أخصائية في أمراض النساء والولادة

العقم التشخيص بالصدى أمراض الثدي  
جراحة النساء

خريجة كلية الطب بكليرمون فيرون  
11، زنقة غالي أحمد (بيرطولو سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

Casablanca, le

29/11/19

Fillat

Fakine

consultation = 800 dh

deux cent dh

k<sub>30</sub> = Echographie = 300 dh

deux cent dh

Tot = (800 + 300) = 1100 dh

Cent dh

En Cas d'urgences Contactez la Clinique les IRIS

13, place du Nid d'IRIS (RACINE) - Tél : 05 22 39 25 30 / 05 22 39 25 32 - Fax : 05 22 39 25 33

INPE : 091114504 - IF : 41406822 - ICE : 001744120000029

Docteur MOUSSALLI Fatna

Gynécologue Obstétricien

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Clermont Ferrand

Sénologie - Stérilité - Echographie  
Chirurgie Gynécologique

11, Rue Ghali Ahmed (Ex. Berthelot)  
CASABLANCA

Tél. : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

الدكتورة مصلى فاطنة

أخصائية في أمراض النساء والولادة

العقم التشخيص بالصدى أمراض الثدي  
جراحة النساء

خريجة كلية الطب بكليرمون فيرون  
11, زنقة غالي أحمد (بيرطولو سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

Casablanca, le 29 11 19

N° FILALI F.E

Echographie gynécologique

utérus - taille normale, structure  
normale - tout à fait anfibio  
statie de 1,11 cm. Juge  
la limite post utér - le contour  
est régulier.

L'endométr est gross mesuré 8/4  
sans en circulation phyno-  
logique

En Cas d'urgences Contactez la Clinique les IRIS

13, place du Nid d'IRIS (RACINE) - Tél : 05 22 39 25 30 / 05 22 39 25 32 - Fax : 05 22 39 25 33

INPE : 091114504 - IF : 41406822 - ICE. : 001744120000029