

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-493128

95084

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7375		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : WAHBI MOHAMED.			
Date de naissance : 21/03/1967			
Adresse : Habibie			
Tél. : 0663111743		Total des frais engagés : 150,196,80 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MABROUK Jamila  
Médecine Générale  
28,2 Hay Houda, 1er Etage  
Av. Mokdad Labidi Casablanca  
Tél. 0522 33 03 00 Casablanca

Date de consultation : 20/03/2018

Nom et prénom du malade : WAHBI HOUAD

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

bronchite aigüe

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 : 27/03/2018

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-493128

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 : 7375

Nom de l'adhérent(e) : WAHBI

Total des frais engagés : 150,196,80

Date de dépôt : 27/03/2018

### 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
20/03/2016	C	1	150 DH	INP : <b>I.N.P.E</b> <b>091095901</b> Dr MABROUR Jamila Medecine Générale 282 Hay Houda 1er Etage, Bd. dad Lahrizi Cité Djemaa Tel: 0522 38 83 00 Casa

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Houda 12/03/2016</i>	20/03/2016	196,80
	21/03/2016	
	22/03/2016	

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

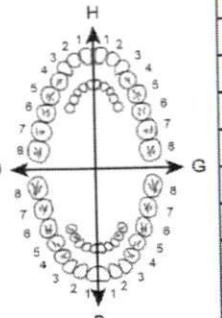
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

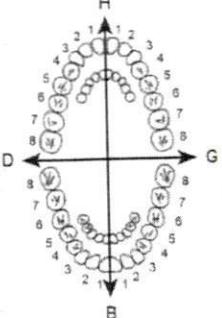
**ODF PROTHESES DENTAIRES**

H	21433552
25533412	00000000
D	00000000
00000000	00000000
B	35533411
11433553	

**DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552
25533412	00000000
D	00000000
00000000	00000000
B	35533411
11433553	

**[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

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME

الطب العام  
الفحص بالصدري  
تخطيط القلب

Diplômée de la Faculté de Médecine et  
de Pharmacie de Casablanca

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le 20.02.2020.

WAHBI HOUDA

42 ans - Prendre 20 gouttes

28 1/2 le matin  
au cours de la journée

Mercredi 24/02/2018 B12  
28 1/2 —

38,80 - Muxol 800 mg  
1 càs 30 —

196,80

Dr MABROUR Jam  
Medecine Générale  
282 Hay Houda 1<sup>er</sup> Etage  
Av Mokdad Lahrizi Cité Djemaa  
Tél: 0522 38 83 00 Casa

LOT N°:

UT AV:

PPV:

42/00

PPV: 116DH00  
PER: 08-22  
LOT: I 1889

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

38,80

282، حي الهدى - شارع المقداد الحريزي - الطابق الأول - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 38 83 00 : ف. رقم 282، Hay Houda - 1 Etage - Av. Mokdad Lahrizi - Cité Djemaa - Tél.: 05 22 38 83 00 - Casablanca

I.C.E.: 001878624000004 - I.N.P.E.: 091095901