

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-498122

26.909  
26.909

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

8208

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LOUKASDA Radik

Date de naissance :

17/10/1961

Adresse :

lot mishtiri Avenue 10 N° 58 Hay Hassan I.

Tél. :

0661148722

Total des frais engagés :

394,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور سعيد الكزول  
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي  
(قرب مستشفى الحسني)  
مادولا - الحي السادس - الدار البيضاء  
91 97 2020 2022 90 70 88  
العائد.

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LOUKASDA Radik

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Joe Luke

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) :

YH

Le : 21/04/2020

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-498122

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/04/2023	194,30

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

**VOLET ADHERENT**

## **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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$  \begin{array}{c}  \text{H} \\  \text{D} \leftarrow \quad \rightarrow \text{G} \\  \text{B}  \end{array}  $ $  \begin{array}{c}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  \text{B} & \text{G}  \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> $  \begin{array}{c}  \text{H} \\  \text{D} \leftarrow \quad \rightarrow \text{G} \\  \text{B}  \end{array}  $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب مختص  
دكتور سعيد الكزولي

LOUKADA

طبيب مختص  
دكتور سعيد الكزولي

52,00

Casablanca, le :

21 APR 2021

الدار البيضاء، في:

PPV: 520DH  
PER: 03/22  
LOT: I2915-4

1- PraZol 20

1 gr de Med +

45,00

2- Caffaldeco 50  
1 gr x 3 h.

69,00

3- Acta - levure

27,00

PHARMACIE HAY EL HASSANI  
DR. AYAD Z KARIM  
50-52, Avenue Hassan II  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 05 22.90.35.0

4- Flunid

1-

194,30

1 gr K2f

دكتور سعيد الكزولي  
طبيب مختص  
دكتور سعيد الكزولي  
لدى المحاجة  
لبيك يا رب  
رقم 60  
شارع 60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيں - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Haggan - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com