

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, parodontologie 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

- 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 Aïcha Abdoulah - Avenue Hassan Abdelhakim - Rue Mohamed Lachir - Rue Aïcha Ben Abdellah - Quartier de l'Enlèvement
Casablanca 20190 - Tél : 05 22 20 45 45 (16) - Fax : 05 22 22 28 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-495298

ND: 27428

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10351 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAÏR Zitouni

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : n° 113 Rue 20 Mars B. Har C. D. CASABLANCA

Tél : 06 78 204841 Total des frais engagés : 212,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : KHALIKANE Bouchaib
Médecine Générale
D.U. de Diabétologie (Paris 13)
13 Rue Larbi Layachi C.D. Casablanca
Tél : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 28/2/2020

Nom et prénom du malade : CHAÏR IMANE Age : 19 ans

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

Nature de la maladie : Accusé de meurtre

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 : 28/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-495298

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 : 10351
Nom de l'adhérent(e) : CHAÏR
Total des frais engagés : 212,20 DH
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes Natures des Actes Nombre et Coefficient Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

23/12/20 C 120,5 INP : 091044198

KHALIKANE BOUCHAIB
Médecine Générale
D.U. de Diabète (Paris 13)
Rue Lafont 93 C.D.C. 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AL WIAM
Dr BELALAMI
Jamila II Rue 19 N° 15 CASA
TEL : 05 22 38 60 76
092009356

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OCF.

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"/>

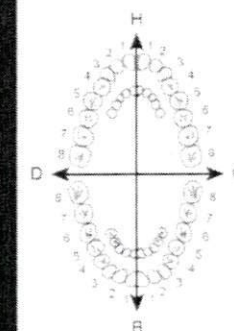
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
25533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse



COEFFICIENT DES TRAVAUX
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'EXECUTION

Dr.KHALIKANE Bouchaib

Médecine Générale

- Diabétologie
- Echographie
- Spécialiste en Médecine de Travail



الدكتور بوشيب خليكان

الطب العام

- داء السكري
- الفحص بالصدى
- اختصاصي في طب الشغل

Casablanca, le 28/2/2020 في الدار البيضاء.

PHARMACIE AL WIAM
Dr BELALAMI
Jamila II Rue 19 N° 15 CASA
TEL : 05 22 38 60 76

CHAIR - ZONE

PPC: 79,00 DH

CETAMYL 1000 mg
Paracetamol
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH
6 118000 191438

BIODERMINES

KHALIKANE Bouchaib
Médecine Générale
D.U. de Diabétologie (Paris 12)
13 Rue Larbi Lbenay C.D. Casa
Tél : 0522 50 40 32