

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**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 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- 067281  
ND : 298 29  
 Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 820 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Chakir Ned  
 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 : Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Chakir Ned  
 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° P19-067281

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 :

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
				<input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 00000000   00000000 35533411   11433553	G	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>	
			<b>Fin de</b> <input type="text"/>	



W18-397856

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>820</b>	CHAKIR 
Nom & Prénom <b>CHAKIR Med</b>			
Fonction : <b>Med</b>		Phones <b>0639220458</b>	
Mail <b>CASA BLANCA</b>			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>CHAKIR Med</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>1943</b>	Date <b>5 JUIN 2020</b>	Date 1ère visite
Nature de la maladie <b>docteur abd. Reflux</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes <b>e2</b>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <b>150,</b>	<b>Dr. REMH Abderrahim</b> Médecin des FAR Médecine Générale 60, Av. Anoual-Casablanca Gsm: 06 67 14 79 52
Date <b>11/06/2020</b>			
<b>PHARMACIE</b>		Date <b>11/06/2020</b>	
Montant de la facture		Pharmacie CASA MABROUKA 114,70	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			
Date : .....			
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

Docteur Abderrahim REMH

Ancien Médecin des Forces Armées Royales  
Diplôme D'Echographie Générale & Obstétricale

MÉDECINE GÉNÉRALE

الدكتور عبد الرحيم رمح

طبيب للقوات المسلحة الملكية سابقا  
حائز على شهادة الفحص بالصدى  
الطب العام

Casablanca, le : 15 JUIL 2020 في : الدار البيضاء

MR CHAKIR Moul

ale  
LOT : M0329  
PER : 07/2021  
PPV : 75,00 DH

7,50 A- Ineso

32,00 A- Pyro Six  
nes a

47,20 A- Trima  
Tca

124,70  
Pharmacie CASA MABROUKKA  
S.A.S. 14704

Pharmacien Responsable

**PYROSIX®**  
Suspension buvable - Flacon de 250 ml  
PPV : 32,50 DH

LOT : 7051  
UT. AV : 12-24  
P.P.V : 47 DH 20

Dr. REMH Abderrahim  
Ex Médecin des FAR  
Médecine Générale  
60, Av. Anoual - Casablanca  
Gsm: 06 61 14 79 52

INPE : 3270065

Consultation à Domicile & Urgences : 06 61 14 79 52 : الهاتف - طبيب المستعجلات  
60, Avenue Anoual - Mabroukka - Casablanca