

# 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.

## 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

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- 067216

ND: 29874

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Aziz Abolel Kader

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.604130 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 :

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) : 24 JUN. 2020

Le : 24 JUN. 2020



# 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																			
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																		
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																		
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																		
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>	
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																				
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																				

## VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

DECLARATION N°

P 14 / 0039822



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

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



P 14 / 0039822

DATE DE DEPOT

26 / 06 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

AZIZ NICHAR Abdelkader

Fonction

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date

Nature de la maladie

Date de visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

DR. ZAHAR ABDENBI

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique



الدكتور زهر عبد النبي

إختصاصي في طب وجراحة العظام  
و المفاصل

Casablanca, le : 16/06/2022 الدار البيضاء في

CHRI FI Aicha  
ep AZIZ

2200  
1/ Cissol cp



7880  
2/ Dornat plus ep



10900  
3/ D-stress cp

10917



7

T: 20980

Dr Abdenbi ZAHAR  
Chirurgien Orthopédiste  
& Traumatologue  
336, Bd Driss ELHARTI Sebata  
Casablanca 96  
05 22 55 56 56

336. شارع إدريس الحارثي (شارع شجر) - سباتة - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 55 56 56  
336, Bd Driss ELHARTI (Charie Chjar) - Sbata - Casablanca  
Tél.Cabinet : 05 22 55 56 56 - E-mail : azahar17@hotmail.com

22,00

**DORNAT PLUS®**

78,80 DH

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot N°.

10/2022  
W092J

**Lot:**

DS11/19

**DLC:**

11/2022

**P.P.C : 109,00 DH**