

**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 canaux, 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 canaux.

**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- 0037428

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2601      Société : M = 30723  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : M. BIRKOU Mohamed Najji  
Date de naissance : 07/01/1938  
Adresse : 35 COURS DES SPORTS  
20200 CASABLANCA  
Tél. : 0662512154      Total des frais engagés : 1020 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : DR ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
84 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 01 12 03 61 15 78 0  
13 MARS 2020  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : LAHLOU Najatte ep M. BIRKOU M Age : 74  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie : HTA  
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 : 13/03/2020  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### RELEVÉ 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
13 MARS 2020	Consultation Cardio	200	200,000	<i>D. ALAMI M</i> Professeur en Cardiologie 64 Bd. Ghandi - Casablanca Tl. 05 22 39 01 12/06 61 15 37

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie du CAF ALAMI</i> Mme CHAZANE SAMIR 1 Rue Al Outhouala Bab Agdijour Casablanca - Tél. 05 22 39 01 12	13/03/2020	720,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE D'ANALYSES</i> 1 Rue Al Outhouala Bab Agdijour Casablanca - Tél. 05 22 39 01 12			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			G	00000000	35533411	00000000	11433553	B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D			G																					
00000000	35533411	00000000	11433553																					
B																								
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

ORDONNANCE

13/03/2020

LAHLOU NAJATTE

IRVEL 150

1cp a 8h



1cp 20h

120,00  
x 6  

---

720,00

3 mois

Pharmacie du CAF  
Mme CHAOUI SAMIRA  
1 Rue Al Oukhouane Beauséjour  
Casablanca - Tél. 05 22 39 89 73

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi Casablanca  
Tél. 05 22 39 12 / 06 15 78 06

120,00

120,00

120,00

Professeur Alami Mohamed. 264 Bd Ghandi. Casablanca. Tel 022 390112; Urgences 061157806

120,00

120,00

120,00

2 2