

# 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 052086

ND:38082

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AKABOU NE NAOUAL  
Date de naissance : 12-04-1975  
Adresse : 40 Bd de Lordeaux, etg 6, CASA  
Tél. : 0661136540 Total des frais engagés : 384,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : RABEE RYAN Ned Age: 15 ans  
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 : CASA Le : 06/07/20  
Signature de l'adhérent(e) :

Handwritten signature of the adherent.



# 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 travaux

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession											

--	--

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-400755	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-400755

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mle 10370
Nom & Prénom	AKAABOWE NAOMI
Fonction :	XPN
Phones	0661136540
Mail	achafei@gmail.com

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	CHAFEI RYAN
Adhérent	Conjoint	Enfant
Age	15 ans	Date

Nature de la maladie	Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Vaccins.		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
h		250

<b>PHARMACIE</b>	Date	17/06/20
Montant de la facture	134,00	

<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	

Dr. Abdelhak Zakir  
Pédiatre  
N° 13, Bd Ain Foulkale, 1er étage App. N° 1 - Casa  
Tél: 06 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94  
GSM : 06 61 14 45 00

PHARMACIE DES TERRES MARINES  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

CACHET

CACHET

# Docteur Abdelhak ZAKIR

## Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier  
des Hôpitaux de France  
Diplômé en Réanimation Néo-Natale  
Diplômé en Médecine Foetale  
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire



الدكتور عبد الحق زكير

والرضيع

لي

ات فرنسا

ع

ي ب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Tetraxim inj b1 ser 1 dose

P.P.V : 134,60 DH

6 118001 08072

08072

CHAFEI RAYANE med

Casablanca, le 27/06/20

134100 - Tetroxim



PHARMACIE  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca  
SES MARIAGES

Dr. Abdelhak ZAKIR  
Pédiatre  
N°13 Bd. Aïn Taoujtate  
Tél: 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94 - Portable : 06 61 14 45 00  
OSM : 06 61 14 45 00