

## 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.

### 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 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

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° W19-527968

ND. 35501

Commun RASST

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3015 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE CIAE

Nom & Prénom : AMARA ELYABOUNI

Date de naissance : 28/05/1957

Adresse : 121 Lot Sapeurs Pompiers TEMARA MASSARA

Tél. : 06 62038309 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. RAHBA BELMIR ALAOUI

Date de consultation : 28 FEB 2020

Nom et prénom du malade : AMARA ADAN Age : 62 ans

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : TEMARA

Le : 28/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-527968

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 :



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
8 FEV. 2020 28 FEV. 2020	C	1	20000	Dr. Rabea BSE Médecine Générale 88, Av. Idjma

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

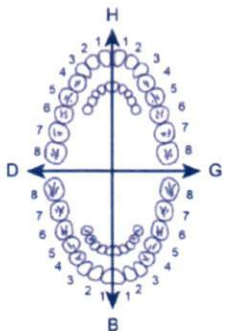
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

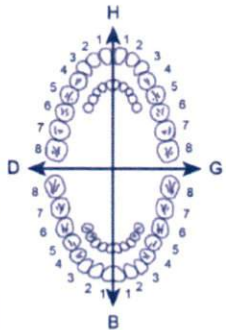
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            0000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            0000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b>            0000000            35533411         </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="text-align: center;"> <b>B</b>            0000000            11433553         </div>		
		<div style="text-align: center;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </div>	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELLMIR ALAOUI RABEA

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE

Stérilité - Fertilité

Gynécologie Médicale

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Assermentée auprès des Tribunaux

88, Avenue Idriss 1er

Hay Massira 1 - Témara

Tél. : 05.37.60.21.87

الدكتورة بلمير علوي ربيعة

الطب العام

إيكوغرافيا

عقم النساء والرجال

طب النساء

خريجة كلية الطب بالرباط

محلفة لدى المحاكم

88، شارع إدريس الأول

حي المسيرة 1 - تمارة

الهاتف : 05.37.60.21.87

تمارة، في 28/02/20

ANARA

ADAN

1700  
\* Ofken 200

7770  
\* Effergan 500

2880  
\* Anadol

58,40  
\* Solupred 2

284  
2 cp 15 le soir de  
maitin  
+ JJ -

Rabea BELLMIR ALAOUI  
Médecine Générale  
88, Avenue Idriss 1er  
Hay Massira 1 - Témara  
Tél. : 05.37.60.21.87



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

36,80

موكسول

امبروكسول

بدون سكر

58,40

Solupred® 20mg



**EFFERALGAN®** vitaminé C

PPV 17DH70

EXP 07/2022

LOT 96047 3

20 comprimés effervescents



LOT, 192914 1

EXP 12 21

PPV 170.00 DH

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS