

## 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° W19-559518

41202

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7633 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ZGHAI DA - HABIB

Date de naissance : 01/01/55

Adresse : 26, Lot Al Moustakbal Sidi Spawf

Tél. : 0666 36 98 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 15 SEPT 2020

Nom et prénom du malade : ZGHAI DA - HABIB

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.

23 SEP. 2020

ACCUEIL

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 : 15 SEPT 2020

Signature de l'adhérent(e) : .....



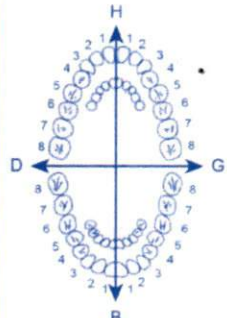
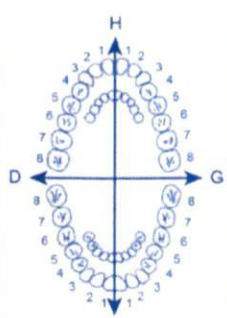


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
5 SEPT 2020			150 DH	INF 09 120 1954 Dr. R. SAKKAT M. 510 511 A24 GH.13 Apt.1 - Case

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
79120	17/09/20	PHARMACIE DE LA DECOUVERTE Lot. Al-Moustakbal, Lot N° 7 Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca Tel : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				Coefficient DES TRAVAUX [ ]																
					MONTANTS DES SOINS [ ]															
					DEBUT D'EXECUTION [ ]															
					FIN D'EXECUTION [ ]															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX [ ]
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]																
			DATE DU DEVIS [ ]																	
			DATE DE L'EXECUTION [ ]																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Bouchra SEKKAT**

*Médecine Générale*

Diplômée en Echographie  
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA  
Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale  
Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

**د. بشرى السقاط**

**الطب العام**

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)  
والأمراض التناسلية - السيدا  
اختصاصية في التطهير المهبلي وأمراض النساء  
طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 15 SEPT 2020

N° ZGHAI DIDA HABI B

9890 x 8  
79120



AYLOR 10 mg

SC 10

x 6 mois

PHARMACE DE LA DECOUVERTE  
Lot. Al Mostakbal, Lot. N° 1  
Route 1029, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél.: 0522 91 32 28 - Fax: 0522 91 51 46

**Dr. B. SEKKAT**  
Médecine Générale  
Lot. Al Mostakbal, Lot. N° 1  
Route 1029, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél.: 0522 91 32 28 - Fax: 0522 91 51 46



**AMlor** 10 mg  
○ 28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°:

1 2 8 6 6 7 6

0 6 8 9 0  
98,90



**AMlor** 10 mg  
○ 28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°:

1 2 8 6 6 7 6

0 6 8 9 0  
98,90



**AMlor** 10 mg  
○ 28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°:

1 2 8 6 6 7 6

0 6 8 9 0  
98,90



**AMlor** 10 mg  
○ 28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°:

1 2 8 6 6 7 6

0 6 8 9 0  
98,90



**AMlor** 10 mg  
○ 28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°:

1 2 8 6 6 7 6

0 6 8 9 0  
98,90



**AMlor** 10 mg  
○ 28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°:

1 2 8 6 6 7 6

0 6 8 9 0  
98,90