

# 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.

## Diagnostique 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](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- 066446

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6609 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : retraite  
Nom & Prénom : ECH-CHADLI ELHOSSAIN  
Date de naissance : 01/07/52  
Adresse : même adresse  
Tél. : 0661350255 Total des frais engagés : 1798,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 16/12/2020  
Nom et prénom du malade : ECH-CHADLI ELHOSSAIN  
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 : CASABLANCA

Le : 28/12/2020

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
28/10/2020	CS + ECG	250 MA		BENJELLOUN (Bd Al Qadiriya Appt 38) (En Face poste Police et Commissaire RENAULT) Tél: 0522 52 57 45 - Gsm: 0522 52 57 45

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WATO 153 Rue Habachia (Bd Dal Guld Sidi Baba) Jery Gheller - Casablanca Tél: 0522 25 16 07	28/10/2020	1548,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

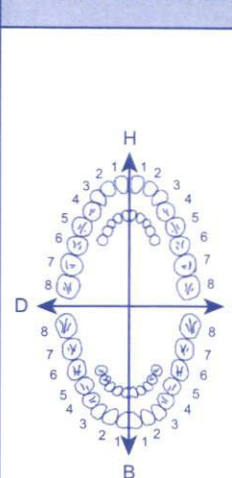
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de

## SOINS DENTAIRES



Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552  
00000000 00000000

D

00000000 00000000  
35533411 11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

Mlle = 6609

Le 28 / 10 / 2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	.....
Certifie que Mlle, Mme, M <sup>r</sup> <u>Ech-chedi El Ankem</u>	.....
Présente <u>une HDA</u>	.....
Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>6 mois</u>	.....
Dont ci-joint l'ordonnance: <u>pour traitement</u>	.....
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 6 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18



**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**

**Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux**

**Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)**

**Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel**

**Diplômé d'Echocardiographie Doppler**

**BORDEAUX**



**الدكتور بن جلون محمد كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب والشرابين**

UT.AV : 136,60 P.P.V. 60

LOT N° : 128351

UT.AV : 136,60 P.P.V. 60

LOT N° : 128351

UT.AV : 136,60 P.P.V. 60

LOT N° : 128351

UT.AV : 136,60 P.P.V. 60

LOT N° : 128351

Casablanca, le 28 10

Ech. chadli El Houssein

124,10 x 7 Pulves

136,60 x 3 + 89,120 Ambros

49,60 Feldene

22,20 x 2 Atolyn

53,10 Relaxol 500

**PHARMACIE WATO**  
(153, Rue Habacha)  
(Bd Day Ould Sidj Baba)  
Derb Ghellaf, Casablanca

LOT. N° : 644340  
UT. AV. : 06/202  
P.P.V. : 49DH60

PPV:22DH20  
PER:01/20

PPV:22DH20  
PER:01/20  
LOT:H023

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V. : 53DH10



6 118000 060833

INTETRIX GELULE NF  
B20

P.P.V. : 33DH90



6 118000 010852

124,10

124,10

124,10

124,10

124,10

124,10

124,10

Dr. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0522 52 57 45 - E-mail : drbenjelloun