

## 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° W19-590863

54575

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7375 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : WAHBI MOHAMED

Date de naissance : 01/03/1967

Adresse : Habituelle

Tél : 0663 11743 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

MABROUR Jamila  
Medecine Générale  
282 Hay Houda 1er Etage,  
Av Mokdad Lahrizi Cité Djennaa  
Tél: 0522 38 83 00 Casa

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28-12-2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

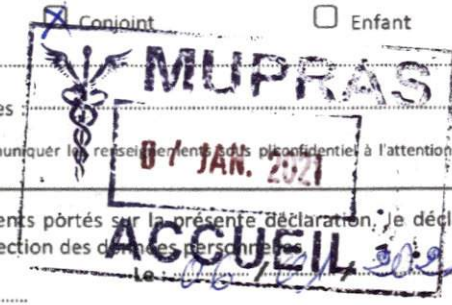
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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
28/12/2020	C	1	150 DH	<p>INP : <b>091095901</b></p> <p><b>Dr MABROUK</b></p> <p>Medecine Generale</p> <p>Hay Houari - Etage 1</p> <p>Alger - Cite Djemaa</p> <p>20 Casa</p>
	+ 1 ent de Grece		50 DH	
			= 200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AMAN Dr. Houda Rd. TAH Rue 17, N° 10 et 12 Osrâ II - Ain Chock	28 12 20	163130

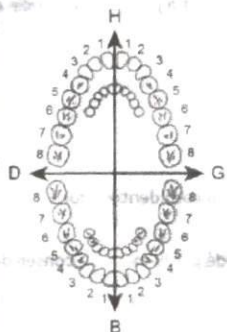
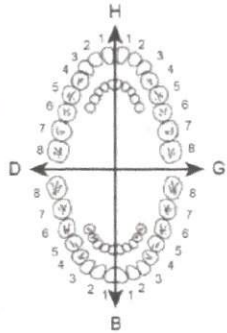
[illegible][illegible]

# 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 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 L'EXECUTION



Dr MABROUR MOULAHID Jamila

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME

Diplômée de la Faculté de Médecine et  
de Pharmacie de Casablanca

Pharmacie MABROUR MOULAHID C.N.S.S

Dr. Houda Aman  
Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12  
Hay Osra II - Ain Chock  
Casablanca - Tél: 0522 52 47 00

الدكتورة مبرور ملاحيط جميلة  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Mme BAID LATIFA

84,90

- Duphaste 82

1 p 2x1

47,90

- Alfixene 250 gélules

1 gélule 2x1

16,00

- Hémofest crème

1 app local 2x1

14,50

- Hémofest suppositoires

1 app local 2x1

Dr MABROUR Jamila  
Médecine Générale  
282 Hay Houda - 1<sup>er</sup> Etage  
Av. Mokdad Lahrizi Cité Djamaa

Tél: 0522 38 83 00 Casa

282, حي الهدى - شارع المكداد الحريزي - الطابق الأول - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 38 83 00  
282, Hay Houda - 1<sup>er</sup> Etage - Av. Mokdad Lahrizi - Cité Djamaa - Tél.: 05 22 38 83 00 - Casablanca

I.C.E.: 001878624000004 - I.N.P.E.: 091095901

Pharmacie

Dr.  
Bd. TAH  
Hay O

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
DUPHASTON 10MG CP  
PEL B20 MV  
PPV: 84,90 DH

118000 010517

Lot: 200898  
PER: 05  
PPV: 16,00DH

14,50