

## 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 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
- 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](http://www.mupras.com)

55861

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021907

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16823 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A MAI RAHHAL Date de naissance :

Adresse : SALMAINTAN 32 T.M. 28 N.7

Tél. : 0669 79 22 60 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 :

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
57/12/2020	8RD	G		 <p>Dr. Amin Clinic Nador &amp; Bd. Atlantide Polo Casa Tél: 05 22 75 33 00 Fax: 05 22 21 32 95 E-mail: avicinna_clinic@gmail.com</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DR. A. CASABLANCA me FILALI GOUROUNI 226, Boulevard Al Joulani Salmia 2 - Casablanca Tél: 03 22 38 01 47 ICE: 0021158540000</p>	07/12/20	1103,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		00000000	00000000	
D		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				
				DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Casablanca, le

07/12/2020.

AM7di Rahal  
 1666  
 ICE: 002115854000092  
 Salmia 2 - Casablanca  
 Tel.: 05 22 38 01 47  
 Kefz 2  
 100 - 1100  
 12200  
 03 min

10/60 21/20 x2  
 2/ parafal 1g x 37.

PHARMACIE FADILA CASABLANCA  
 Mme FILALI GUENNOU Ibtissam  
 226, Boulevard Al Joutane  
 Salmia 2 - Casablanca  
 Tel.: 05 22 38 01 47  
 ICE: 002115854000092

PHARMACIE FADILA CASABLANCA  
 Mme FILALI GUENNOU Ibtissam  
 226, Boulevard Al Joutane  
 Salmia 2 - Casablanca  
 Tel.: 05 22 38 01 47  
 ICE: 002115854000092

Dr. ROTEL AIZ Mohamed  
 NELIRO SURGEN - EEG - EMG  
 Casablanca  
 Tel.: 05 22 38 01 47  
 Dr. Maârif  
 Tel.: 05 22 38 01 47

AVICENNE CLINIQUE  
 DES SPÉCIALITÉS  
 FACTURATION 1  
 Nador & Beldi  
 28-33 00, Fax: 05 22 21 32 36  
 avicenne.clinic1@gmail.com

Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 24 32 95

E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

ID: 645477 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 561,00 DH  
6 118001 142606

LOT : 5088  
UT. AV : 11-23  
P.P.V : 10 DH 60

LOT : 5088  
UT. AV : 11-23  
P.P.V : 10 DH 60

ID:645722 GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561.00 DH  
6 118001 142606

CHARMACE ALICIA GABRIELA  
MAGALHÃES DE SOUZA  
nascida em 19 de outubro de 1982  
e-mail: alicia\_gabriela@uol.com.br  
celular: 99999-9999