

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

55862

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 482 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMRI RAHAL Date de naissance :

Adresse : SALMIK II Rue 32 1M 28 N° 07

Tél. : 06 75 33 43 38 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 10 MAI 2001

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : ACO [membre]

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 :

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

**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
04/12/2020	RD	G		<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>	04/12/2020	ICE : 00211585400092 Tél. 05 22 38 01 47

**ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES**

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000  D 00000000 00000000 35533411 11433553  B	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Casablanca, le

04/11/2022

m^ AMRI, RAHHAL

1/Imadewf  
 58,0 ° AX 4/15 °

4 Tabaden 04/11/2022  
 54,40  
 112,40

**PHARMACIE FADILA CASABLANCA**  
 Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam  
 226, Boulevard Al Joulane  
 Sidi Othman 2 - Casablanca  
 Tel.: 05 22 38 01 47  
 ICE: 002115854000092

الدكتور محمد اديب الشقيلي  
 طبيب العيون

طبيب عيون في المصالحة  
 633 شارع ابريس اغيلالي سباتة - البيضاء  
 0522 37 68 68  
 الهاتف:



**AVICENNE**  
**CLINIQUE**  
 DES SPÉCIALITÉS

FACTURATION 1  
 Angle Bd. Nador & Bd Atlantide Polo Casa  
 Tel: 05 22 79 33 00 - Fax: 05 22 21 32 95  
 E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO - Casablanca

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

E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml

عيار/ LOT H5297  
تاريخ الإنتاج/ FAB 11-2018  
تاريخ الانتهاء/ EXP 04-2021

ZENITH PHARMA  
PPV : 58,00 DHS  
AMM N°155/12

AMM N°155/19/DMP/21/NBQDNM

**TOBRADEX®**  
POMMADE OPHTALMIQUE  
3,5G PPV: 54,40 DHS  
Boîte de 1 tube  
Laboratoires Sothema, Bouskoura/  
AMM N° 455/18 DMP / 21/ NRQ



6 118001 070602  
69020-4

12. *Winged Lion* (1931) by  
Henry Moore (1898-1986)  
Bronze, height 1.2 m.  
© The Henry Moore Foundation  
Reference number: HMF 100