

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0023284

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11437 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : GUESSOUS Abdelkrim  
Date de naissance : 02/04/1978  
Adresse : 64, Rue Curie EL JADIDA  
Tél. : 0661752615 Total des frais engagés : 816,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2022  
Nom et prénom du malade : SHAHI SAKINA Age : 47  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affectiou Neur ologique  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : 03/11/2022  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
27/10/2022	CS		300,00dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE H<sub>2</sub>O</b> Lot. Nassim, Quartier NASSIM, MA 20190 CASABLANCA Tél/Fax: 05.22.89.05.00 www.ph2o.ma	28/10/22	516,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

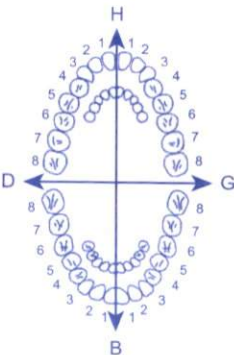
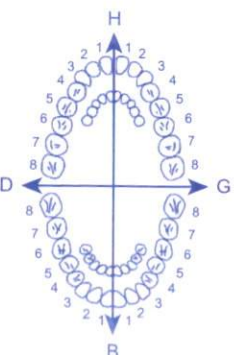
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H				25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie-UHIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées . Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electro-myographie (ENMG).



- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في الصداق وآلام الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات.

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 27/10/2022

SMAHI SAKINA

- **Prazol 20 mg - gélule**  
1 gélule le matin avant petit déjeuner
- **Cloprame 10 mg - comprimé**  
1 comprimé matin et 1 comprimé le soir avant repas (au besoin)
- **Migrix 5 mg - comprimé**  
1 comprimé par jour en cas de crise de migraine sans dépasser 02 prises par semaine
- **DINDO 50 mg - Comprimé**  
Comprimé au besoin, sans dépasser 02 prises par semaine
- **Laroxyl 40 mg / ml - solution buvable en gouttes**  
2 gouttes le soir pendant 2 jours, puis 4 gouttes le soir pendant 2 jours, puis 6 gouttes pdt 2 jrs puis 8 gouttes p 10 à maintenir (traitement de 03 mois)
- **Topiramate gt 25 mg - comprimé pelliculé**  
1/2 comprimé le matin et 1/2 comprimé le soir pendant 3 jours, puis 1/2 cp le matin et 1 cp le soir pendant 3 jours  
1 cp matin et soir à maintenir (3 mois)

PPV: 96DH00  
PER: 12/24  
LOT: L1696-1

CLOPRAME® 10

PPV 17DH30

Lot N°: 0104005  
Fab: 08/06/21  
Per: 06/2024  
PPV: 157.20

PPV 53DH00  
EXP 05/2024  
LOT 21012 1

PPV: 39DH80  
PER: 07/25  
LOT: L2654

PPV: 39DH80  
PER: 07/25  
LOT: L2654

Lot: SK1027A  
Per: 11/2024  
PPV: 22DH60

Lot: SK1027A  
Per: 11/2024  
PPV: 22DH60

Lot: SK1027A  
Per: 11/2024  
PPV: 22DH60

Lot: SK1027A  
Per: 11/2024  
PPV: 22DH60

Lot: SK1027A  
Per: 11/2024  
PPV: 22DH60