

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pe@mupras.com](mailto:pe@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-22 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre : Abdel Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca - 06 67 34 19 83 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Declaration de Maladie

N° W21-765231

136598

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1307 Société : RAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOUAME MOKHTAR

Date de naissance : 01/01/54

Adresse : 23 Lot MARJANA S.I. MAAROUF CASABLANCA

Tél. 0667341983

Total des frais engagés : 698,00 Dh:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 4/10/22

Nom et prénom du malade : HARRIS Fatima Age: 68

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 04/10/2022

Signature de l'adhérent : [Signature]

Autorisation CNBP 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
04/10/22	CS	4	250	INP : 20253326
	Recherche	200		

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date 04/10/22	Motif de la Facture 278,00
---	--	------------------	-------------------------------

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

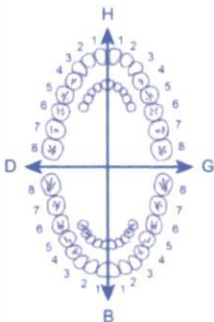
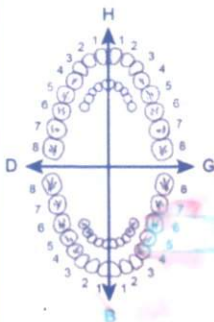
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

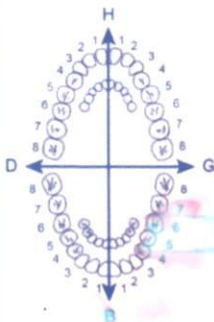
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>		
					MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
					DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
						FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>


O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		26533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
	H															
	26533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique esthétique & à prothèse	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
		DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
		DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																			



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le :04/10/22

# FACTURE

MME HARIS FATIMA

RADIO DU THORAX : 200 DHS

**Dr. FAHMI Khadija**  
Pneumologue  
Offices: Im. 14 El Kadim Panorama  
Sidi Bou Said - Casablanca  
Tél: 09 22 97 84 22

Le : 04/10/22

Mme FATIMA HARIS

### Radiographie Thoracique

(Face)

Structures parenchymateuses sans anomalies

Cœur d'aspect normal.

Cadre osseux sans anomalies.

Culs de sac costo-diaphragmatiques libres.

Dr. FAHMI Khechija  
Av. Abou Bakr El Khadiri  
Offices Imm. 17 Etg 2 Office 8  
Sid, Marcou, Casablanca  
Tél: 06 22 97 64 22

Dr. FAHMI KHADIJA

Spécialiste des maladies respiratoires  
Pneumologue - Allergologue  
Adultes et Enfants

Lauréate de la Faculté de médecine  
et de pharmacie de Casablanca



الدكتورة فهمي خديجة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
كبار و أطفال

خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le 04/10/22

HARIS- Fatima

36100

2) 0.1g/kg  
Agel le matin et le soir

38150

2) 0.1g/kg

Agel 5x3 (1h)

139150

3) 0.1g/kg

Agel 5x3

40100

4) 0.1g/kg

Agel 5x3

T= 248,00

PHARMACIE OUM EL KHEIR  
147 Lot Communal N°2  
Sidi Maârouf, Casa  
Tel : 05 22 97 52 93

شارع ابو بكر القادري، مكاتب بانوراما، عمارة 14، الطابق الثاني المكتب رقم 8، سيدي معروف الدار البيضاء  
Avenue Abou Bakr El Kadiri, Panorama Offices, Imm 14, 2ème étage bureau 8  
Sidi Maârouf Casablanca - 05 22 97 54 22 06 63 75 05 10

LOT 211146  
EXP 04/2024  
PPV 30.00DH

PPV 380H50

EXP 02/2025  
LOT 10042 2

AFRIC-PHAR  
LOT 204851  
EXP 04/2023  
PPV: 130DH50

PPV (DH):

COOPER PHARMA  
PPV: 40,00 DH

Dr. FAHMI KHADIJA  
Av. Abou Bakr El Kadiri, Panorama  
Offices Imm 14, 2ème étage bureau 8  
Sidi Maârouf, Casa  
Tel: 05 22 97 54 22