

## 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

N° W21-777963



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1421</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>YASSIRI KAMIL</u>
Nom & Prénom : <u>YASSIRI KAMIL</u>			
Date de naissance : <u>21/02/1971</u>			
Adresse : <u>Hy Journal rue 5 N°64 BIS 100 Casablanca</u>			
Tél. : <u>0668914028</u>	Total des frais engagés : <u>274,70 Dhs</u>		

Cachet réservé au Médecin	
Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019	Cachet du médecin : <u>Dr. Rachid EL ARLACHI</u>
Date de consultation : <u>14/01/2023</u>	Nom et prénom du malade : <u>YASSIRI BRIE</u>
Lieu de parenté : <u>ACUEIL</u>	Age : <u>32</u>
<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfants	
Nature de la maladie : <u>Angiops</u>	
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 : 05/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : YASSIRI BRIE

Le : 14/01/2023

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
2011-12-23	PS		2000	H.P. : 123,90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TISSIR H Dr. Satwa HAJQUI Bd. A N° 58 Hay Hamouda Casablanca Tel.: 0522 62 00 00	Agosto/23	1470 + 12,80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																
	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"/>																																																												
	<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																																																															
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																											
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000					D	00000000	G	35533411																																												
		H	25533412	G	21433552																																																											
		D	00000000	B	00000000																																																											
		D	00000000	G	35533411																																																											
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 LE DEVIS																																																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																



Docteur Rachid El ARCHI

الدكتور رشيد العرضي

PÉDIATRE

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de NICE  
Ancien Attaché au CHU de NICE

اختصاصي في امراض الرضع و الاطفال

خريج كلية الطب بفرنسا

طبيب ملحق سابق بمستشفى الجامعي بنيس

Casablanca, le

14/01/23

PHARMACIE TISSIRI  
Dr. Salwa HAJOUEI  
Bd. A N° 58 Hay Mohammedi  
Casablanca - Tel.: 0522.67.67.67

MASSINE



55,70 X Abi-jacine 550 (

1 21 8)

19,00



Musolol by Dr. Benf  
Dr 18V, 8.888

24,70

Dolip 7,3ug  
Dr. Rachid EL ARCHI

+ 12,90

Dr. Rachid EL ARCHI

12, شارع الحزام الكبير تجزئة نادية الحي المحمدي - الدار البيضاء  
12 , Bd . de la Grande Ceinture Lot Nadia Hay Mohammadi - CASABLANCA  
Tél : 05 22.62.73.62 - GSM : 06 61.18.80.06

PPV 55DH70 LOT 250034  
EXP 10/2025

AXIMYCINE®

500 mg / 5 ml

Sans Sucre

Poudre pour 100 ml de suspension buvable

19,00

