

**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° P19- 064216

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5572      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : 147736  
 Nom & Prénom : ACHMAOUI ABDELHAM  
 Date de naissance : 01-06-1958  
 Adresse : h.c. kalle  
 Tél. : 0699778914      Total des frais engagés : 286,90      Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 28/02/2023  
 Nom et prénom du malade : Achmed Bouzachane      Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 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 : 28/02/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :



**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
28/10/23		2	1000	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/23	176,30

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**SOINS DENTAIRES**

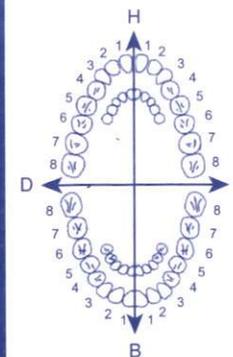
Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

				Coefficient 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**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D		B	
00000000	00000000	35533411	11433553



**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	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 Soumia HACHIMI SLAOUI

Ex-Médecin à l'Hôpital M.BOUAFI

Médecine Générale-Diabétologie

Hypertension - Nutrition

Gynécologie obstétrique

Médecine de Sport

Echographie - ECG



الدكتورة سومية هاشمي السلاوي

طبيبة سابقا بمستشفى محمد بوافي

الطب العام - داء السكري - أمراض الضغط

التغذية - أمراض النساء و متابعة الحمل

الطب الرياضي - الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

ORDONNANCE

Casablanca, le :

27/01/2023

الدار البيضاء، في:

Nella Achmadi

Fihane

53200

1

Handwritten signature with 'SV' stamp

9300

Handwritten signature

1

Handwritten signature with 'SV' stamp

Handwritten signature



149, زاوية شارع علي يعنة وزنقة بيطار احي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 63 08 08

149, Angle Bd.Ali Yaata et Rue Ibn Baytar - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 63 08 08

34.70 S ent 20

3 y chet 1 x 2  
p 2 = 2



Docteur HACHIMI NUMA  
149, EJ...  
Tél : 05 22 28 09 08

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

34180

53,20

LOT: 4222  
PER: 11/24  
PPV: 99DH00

**S-CORT**® 20 mg  
Prednisolone  
20 Comprimés effervescents sécables



6 118000 340270

**EXACYL**® 500 mg  
Acide tranexamique  
20 comprimés



6 118000 061250

ACLAV 1g/125mg Poudre pour  
suspension buvable, 12 sachets



6 118000 091684