

**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° M21- 072241

147818

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9778 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : LAISSI Aïi  
 Date de naissance : 07/06/1975  
 Adresse : 16 Yhena N°1 Des ALMANZAR  
 MARRAKH  
 Tél. : 0662237210 Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : [Stamp: Association Allal Ben Abdellah, Casablanca, 05 22 20 45 45]  
 Date de consultation : 05/01/23  
 Nom et prénom du malade : LAISSI MALIKA Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : [Stamp: ACCUSE RECEPTION, 05 22 20 45 45]  
 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 : [Signature] Le : 03/01/23  
 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
05/01/23	CS		200 dh	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05-01-23	162,00
	07-01-23	78,60

**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 :**

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															
				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																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D ————— G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# Dr. NAJEH Khadija

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie  
Bilans Allergologiques et  
explorations respiratoires  
Ancienne Pédiatre au CHU Averoës  
et à l'hôpital Moulay Youssef



# الدكتورة ناجح خديجة

إختصاصية في طب الطفل و الرضيع  
وفي أمراض الحساسية  
تحليلات الحساسية و التنفس  
طبية سابقا بقسم الأطفال بمستشفى  
إبن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 5/1/83 في الدار البيضاء،

GAISSI Nalika Nalika  
98.00 (S.V)

1) Le Diakal Nagyung  
30.00 (S.V)

2) Betusten  
16,30 (S.V)

3) I nulle  
17,70 (S.V)

4) Hypocitilams  
17,00 (S.V)

Distributeur :  
pharma - 165, Bd Abdelmoumen  
Casablanca, Maroc.  
Tél : +212-522-29-58-47  
PVC : 98,00DHS  
LABORATOIRES  
INELDEA

LOT : 4473  
PER : 11-24  
P.P.V : 30 DH 00

16/30/

17,00

DR. NAJEH Khadija  
Spécialiste en Allergologie  
App. 10 Résidence  
El Oulfa - Casablanca  
Tél. : 00 83 32

PHARMACIE MAZOLA  
Boulevard MAZOUZ Ibbissam  
Rue 4 Mazola  
Casablanca  
Tél. : 00 83 32

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الربيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطابق الثاني GH1A - الدار البيضاء  
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5  
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32

# Dr. NAJEH Khadija

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie  
Bilans Allergologiques et  
explorations respiratoires  
Ancienne Pédiatre au CHU Averroès  
et à l'hôpital Moulay Youssef



# الدكتورة ناجح خديجة

إختصاصية في طب الطفل و الرضيع  
وفي أمراض الحساسية  
تحليلات الحساسية و التنفس  
طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى  
إبن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 7/1/23 في الدار البيضاء،

CASUS Malika Nela

88.6°

1 Dose 200mg

1 dose 9,5 x 2/5

LOT: M0238  
EXP: MAR 2025  
PPV: 78,60 DH

*[Handwritten signature]*

S.V

*[Faint stamp: Pharmacie Allergo...]*

PHARMACIE MAZOLA  
Mme BENAZZOUL Hicham  
N°1 Rue 4 Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél. 0522 93 36 89

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الربيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطابق الثاني GH1A - الألفة - الدار البيضاء  
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5  
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32