

# 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- N° 000131

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4826 Société : RAN.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MME ELIDRISI LARABI ANAL

Date de naissance : 24/04/1961

Adresse : Babituella

Tél. 0661327272 Total des frais engagés : 1259,80 + 90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2023

Nom et prénom du malade : ELIDRISI LARABI ANAL Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
23/01/2023	C		200	دكتور سعيد الكرواني طبيب مختص خبير لدى المحاكم طريق مولاي التهامي (قرب مستشفى الحي الحسني) مانولا الحمي الحسني - الدار البيضاء 12 90 12 90 12 90

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
23/01/2023		1259,85

## 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
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <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>D</td> <td>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
	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														
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

لدى المحاكم

79,70x2 Casablanca, le 23.01.2023 في الدار البيضاء،

1. Z. Thomat 2 SV

14,50 2. Doliprane 14/4 SV

38,30 3. 14/4 SV

18,50 4. 14/4 SV

93,60xM 5. 14/4 SV

1259,80 6. 14/4 SV



الدكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
لدى المحاكم  
(قرب مولاتي التهامي - الحي الحسني - الدار البيضاء)  
مارولا - 60  
الهاتف: 290.97.88 - 290.97.86

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com



MAPHAM  
POLYGNAX 6 capsules vaginales  
Km 10, route Collière 111 - Quartier Industriel, Zenata  
PPV: 93DH60  
An selala Maroc  
118001182015

10146800

187220567

EXP 02 2024

PPV 18 30

6 118000 250500

UT.AV.: 02 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: FX 25 78

09366030/4

09366030/4

LOT N°: FX 25 78

UT.AV.: 02 2024

P.P.V.

79 70

PPV: 14DH00  
PER: 10/25  
LOT: L3445

8-2800-73-230-1

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

1-052-F-1-0082-8  
8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

1-330-73-1-0082-8

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

6 118001 120178

Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60

1-230-1