

## 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, parodontologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-716500

159318

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7561 Société : 277  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : MAHRACHA Abdelwahed  
 Date de naissance : 28.07.54  
 Adresse : EL HINK NUM 10, M'S C 482  
 Tél : 06 210 79293 Total des frais engagés : 302.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : GRATUIT  
 Date de consultation : 1  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 075461 auca Le : 01/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                                             |          |                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                                             | Date     | Montant de la facture                                                                                                                                                                                            |
|  <p>PHARMACIE EL HANK<br/>Dr LAM37AB1<br/>36 Local 16 El Hank - GSA<br/>Tél: 0522 94 94 22<br/>157 199 7 0000 60</p> | 12.04.23 |  <p>PHARMACIE EL HANK<br/>Dr LAM37AB1<br/>Imm 36 Local 16 El Hank - GSA<br/>Tél: 0522 94 94 22<br/>ICE: 00197 199 7 0000 60</p> |

[illegible]

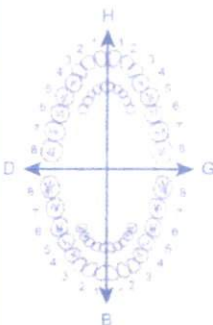
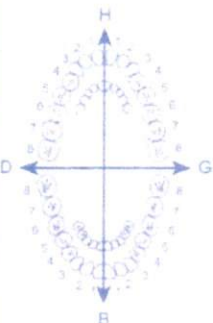
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                                                                    | 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</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b><br> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="text-align: center;">             H<br/>             25333412    21433552<br/>             00000000    00000200<br/>             D ————— G<br/>             00000000    00000000<br/>             35533411    11433553<br/>             B           </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                                                                    | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doct

Prudent  
conduire  
voir la notice



PPV: 193DH10

CODE No.: MPI/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

CONTIFLO<sup>®</sup> OD



PPV: 109DH70

30 gélules  
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



حريج علي الصب والمصري  
الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Médecin  
ALS MOROCCO LLC

3F,  
IROC.

AL INDUSTRIES LIMITED

Le  
et du CHEMIN ROUSSEAU à CASABLANCA

MANPACIA  
Abdelkader

12 AVR 2023

El Gharbiya, le : .....: الغربية في

193,10  
109,70

Contiflo



302,80 1 up Enroul x Zouaï

PHARMACIE EL HANK  
Dr. CAMILA EL AJAF  
Imm 36 Local 16 El Hank - CASABLANCA  
Tél: 0522 94 94 22  
ICE: 00197 199 7 0000 60

PHARMACIE EL HANK  
Tél: 0522 94 94 22  
ICE: 00197 199 7 0000 60

N°1 Centre, El Gharbiya  
sur la Route N°126  
reliant El Gharbiya à Zemamra

الرقم 1 مركز الغربية على واجهة  
الطريق 126 الرابطة بين الغربية والزمامرة

Ⓢ : 06 71 61 45 43