

# 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- 073350

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MAJANE KHADJA

Date de naissance : 10/08/1960

Adresse : Rue de la ...

Tél. : 0661 443361

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ARAFA Sakina

Médecin de travail

Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65

Tél : 022 91 12 77 / INP : 091011973

ICE : 00210345000043

Date de consultation : 17/03/2023

Nom et prénom du malade : MAJANE KHADJA

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 :

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
12/03/2023			1 = 200,00	Sakina Médecin Généraliste Echographie Méd. de travail Bordj-Boulevard Selbou, Rue n° 6973 0910 77 77 77

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/03/23	8853-

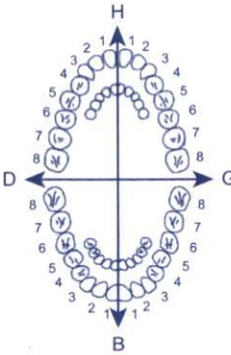
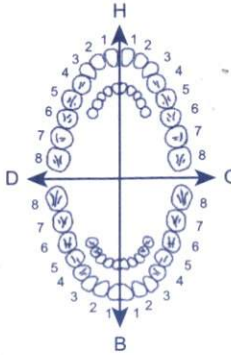
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

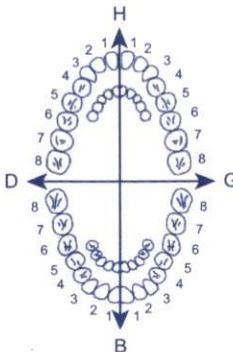
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				Coefficient DES TRAVAUX <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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT 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

H

25533412

00000000

D

21433552

00000000

G

00000000

35533411

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

D

G

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

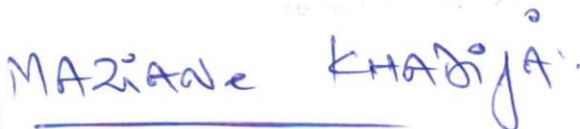


الدكتورة عرفة العلوي سكيّنة

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
من جامعة الحسن الثاني  
طب الشغل

INP : 091011973

الدار البيضاء، في :



Oxidation 200 y  
14p. x 21 T  $\rightarrow$  x 051

50, 50 2)  $\frac{\text{xyzall sing}}{\text{sup 1T le sent x 12}}$

103,403  
x 2

Tahor Long

---

106,806

106,806

18,004) Diazepam 850g  
with amities  
supplies

**Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° : 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83**

**E-mail : [arafasakina@gmail.com](mailto:arafasakina@gmail.com)**



5) Bouteilles. par  
 95,00 x 6  
 570,00 Glucosette X 3ms

88530

**Dr ARAFA Sakina**  
 Médecine Générale Echographie  
 Médecin de travail  
 Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65  
 Tél : 022 91 12 77 / INP : 091011973  
 ICE : 00210345000043



**Diaformine® 850 mg**  
 Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

**TAHOR® 20mg**  
 28 comprimés pelliculés



6 118000 250807

**TAHOR® 20mg**  
 28 comprimés pelliculés



6 118000 250807

LOT 201088  
 EXP 04 2024  
 PPV 90 50



UT. AV. : 06 20 25  
 P.P.V  
 LOT N° : 103 4  
 G J 7 7 4 7

UT. AV. : 02 20 25  
 P.P.V  
 LOT N° : 103 40  
 F Y 4 4 8 5



CASABLANCA, Maroc

IF : 15221985 TP : 34465067 RC : 318383 ICE : 000510436000085 INPE : 092040492  
Tel : 0522854395 RIB : SG : 022780000186002765227974  
Adresse : 28 bis , Rue Salonique ( Angle Rue de Rome), Casablanca



Contour<sup>TM</sup>plus

کونٹور پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



5 016003 763502

Contour<sup>TM</sup>plus

کونٹور پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



5 016003 763502

Contour<sup>TM</sup>plus

کونٹور پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

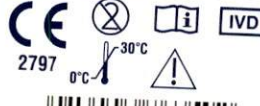
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



5 016003 763502

Contour<sup>TM</sup>plus

کونٹور پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



5 016003 763502

Contour<sup>TM</sup>plus

کونٹور پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

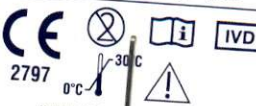
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



5 016003 763502

Contour<sup>TM</sup>plus

کونٹور پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

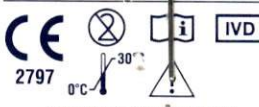
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



5 016003 763502