

**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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1008

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAGASS Lachcen

Date de naissance : 01.01.1935

Adresse : Chahdia Lot. CHERA Lot 1 imm. 82 n° 1

El Oulja 2nd étage Casablanca Maroc

Tél. : 06 66 89 66 46 Total des frais engagés : 551,60 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. DARROUSSI Malik  
Médecine Générale  
Lot. Chahdia N°: 344 Bd. Dar.  
El Oulja - Casablanca

Date de consultation : 06.06.2013

Nom et prénom du malade : 92 BAGASS LACHCEN Age : 81 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

arthralgie + hypertension HTA

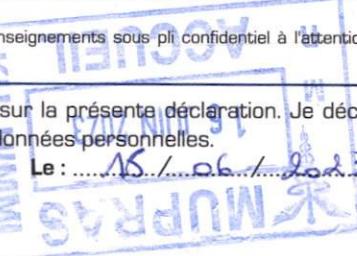
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
06/01/03	Consultation	1	45900	Dr. DARROUSSI Malika Médecine Générale Lot. Chahdia N°: 344 Bd. Daoura

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/06/23	401,40

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**RELEVE DE  
CONTRÔLES  
NORMAUX**

Le praticien est prié de préciser la date et l'heure de la consultation en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

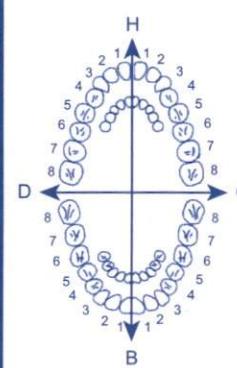
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Darroussi, Malika

الدكتورة دروسى مليكة

Docteur en Médecine  
Echographie générale  
Nutrition

دكتوراه في الطب  
شهادة في النحص بالصدى الصوتي  
شهادة في طب التغذية و الحمية

06/06/23

## Médecine Générale

Mr. Chahdia N° 344 B. Daoura  
El Duffa Casablanca

AL-KUSSI MOLIK

g = BAGASS. Lahlen

3240

Dfsl. 10

12/11/6

3.1

G 22

5300 m I.P. to me

*Grau*

~~le matin~~ ~~soir~~ ~~EDDINE~~  
~~super~~ ~~SOUHEI~~ ~~NAIMA~~  
~~PHAR~~ ~~Yme~~ ~~Tel~~  
~~Yves~~ ~~Yves~~ ~~Yves~~  
~~Combinaison~~ ~~Combinaison~~ ~~Combinaison~~

~~54.00~~ 37 Duffat 20  
2nd x

7990 in Ballam b.

18210 5) Silvia FACT No 112 my Dr. DARROTT

Fr. 401.40

~~ACT N° 1 / M. 15 May  
Dr. DARROUSSI Malika  
Médecine Générale  
Lot. Chandia N°: 344 Bd. Daoura  
El Oulfa - Casablanca~~

تجزئة الشهدية 344 شارع رادي الدرة - الالنة، الهاتف: 05.22.91.01.97 الدار البيضاء

Lotissement Chahdia 344 Bd.Oued Daoura – El Oulfa Tél : 05.22.91.01.97 Casablanca

**DIFAL®**  
Diclofenac sodique 100 mg  
Boîte de 10 Suppositoires  
P.P.V. : 32,40 DH  
  
6 118000 190363

**IPP®**  
Omeprazole 20 mg  
Boîte de 14 gélules  
P.P.V. : 53,00 DH  
  
6 118000 190547

LOT : PER.09.2024  
DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V. : 54DH00  
  
6 118000 010531

182,10

**SULIAT® HCT**  
160 mg / 5 mg / 12,5 mg  
28 comprimés pelliculés



6 118000 072256

N° LOT : 6580  
EXP : 02/24  
PPC : 79,90 DH  
45 ml 1,7 floz