

# 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 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

- Reclamation : 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° P19- 0048825

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société : 168104  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM  
Date de naissance : 08.02.1962 Casa  
Adresse : Bloc 26 Rue 04 N° 02 HAY TILILA AGADIR  
Tél. : 0667122441 Total des frais engagés : 676,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdesselam N° 800  
PÉDIATRE  
D.U. d'Echographie Clinique  
D.U. d'Endoscopie Digestive Pédiatrique  
45, Av Kennedy Talborjt - AGADIR  
Tél : 3459 99 99 99 // INDE : 84115511

Date de consultation : 12 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : IMAKOR A7H Age : 7

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

Nature de la maladie : gastroentérologie

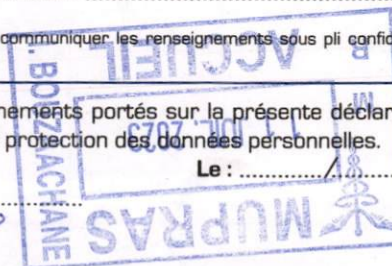
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 12/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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 JUIN 2023    |                   | 2                     | 200,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| Pharmacie AGDAL<br>Dr. EL IRAKI Zineb<br>Bt. Tilia Imm. Agdal Rue Ghazza<br>N° M47 Tél: 0528285520 | 12-6-23 | 476,10                |
|  |         |                       |
|  |         |                       |
|  |         |                       |
|  |         |                       |
|  |         |                       |
|  |         |                       |
|  |         |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

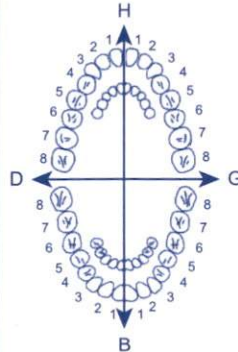
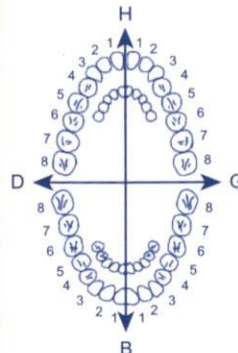
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><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><br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | 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  |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                  |             | 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. Abdesselam N'BOU

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

D.U. d'Echographie Clinique

D.U. d'Endoscopie Digestive et Proctologie

Pédiatriques

Ancien Chef de Service de Pédiatrie à

l'Hôpital Hassan II d'Agadir

الدكتور عبد السلام نبو

متخصص في أمراض الأطفال و الرضيع

خريج كلية الطب بباريس

الفحص بالصدى

الكشف بالمنظار الداخلي

طبيب رئيسي سابق لمصلحة الأطفال

بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

PPV 210H20 EXP 09/2025  
LOT 29009 3

Agadir, le : 12 JUIN 2023

**CO-TRIM**  
Sulfaméthoxazole- Triméthoprim

100 ml

28.10

vojeleu - SI

2000 x 3

30.80 TAINEDAT

1000 x 3

21.20 CO-TRIM SI

186,00

186,00



R22144/22252012  
PROD: 09/2022  
EXP: 09/2025

ACL: 544.340-0

210,00

A revoi

06.61.20.44.81 : حمول

N° 45, Avenue Kennedy -

210,00

Lot :  
EXP :  
PPV (DH):



LOT : 1932  
PER : 02 - 28  
P.P.V : 30 DH 80

صيدلية أطفال  
Pharmacie AGDAL  
Dr. EL DRAKI Zineb  
Lot. Tilia Imm. Agdal - Rue Ghazza  
N° M47 tel: 0528285520

re pas

رقم 45، شارع كندي -

2 - QSM : 06.61.20.44.81



**Dr. Abdesselam N'BOU**

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

D.U. d'Echographie Clinique

D.U. d'Endoscopie Digestive et Proctologie  
Pédiatriques

Ancien Chef de Service de Pédiatrie à l'Hôpital  
Hassan II d'Agadir

**الدكتور عبد السلام نبو**

متخصص في أمراض الأطفال والرضيع  
خريج كلية الطب بباريس

الفحص بالصدى  
الكشف بالمنظار الداخلي

طبيب رئيسي سابق لمصلحة الأطفال  
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

أكادير، في : 12/06/23 Agadir, le :

**NOTE D'HONORAIRE**

Nom : IM AKOR

Prénom : AYA

Consultation : G

Date :

Montant : 200 DH

Signé