

## 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- 0043141

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7728 Société : R.A.M. 172622

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FIRAS BOUCHAIB

Date de naissance : 31-07-1953

Adresse : RES FIRDAOUS GHAF INN 83

APT 1 CASABLANCA

Tél. : 06.76.92.81 Total des frais engagés : 1077,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/07/2023

Nom et prénom du malade : FIRAS RABIA Age :

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

Nature de la maladie : Calcul rénal

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
01/07/23	C		2000	

# EXECUTION DES

INPE: 112043450

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/7/23

877,90

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

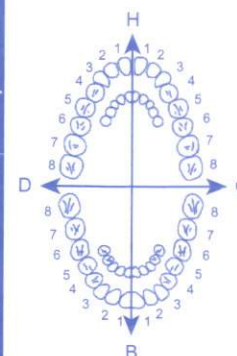
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DÉBUT D'EXECUTION

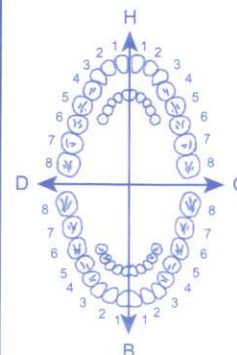
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف

FERAS

جیسو لادی الحارم RASTA

9950 x 2 Casa

Casablanca, le

01-07-2023

الدار البيضاء، في

1. Carbons digt x 2

 $2 \times 10^5 \text{ kg}$ 

29 23/11



2. Zivlos

29 23/11

x2647

20800

3 Vectors

лср/т



9500

ryhlesi



4- I P P

2490

14 de abril



2100000

1060 SV 1947



6. Datong long

60, طريق مولاي الحسن الاجتماعي، مازولا - الحي الحسنى الدار البيضاء  
05 22 90 70 88 - الهاتف - E-mail : drgza@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51489500



BIOTONE  
Solution buvable en ampoules  
Boîte de 30 ampoules



74,90

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

**Veca**  
Solifenacine  
succinate

LOT : 1673  
PER : 01 - 26  
P.P.V. : 108 DH 00

سين 400 ملغ

LOT: M0817  
PER: 07/2024  
PPV: 195,20DH

سين 400 ملغ

LOT: M0817  
PER: 07/2024  
PPV: 195,20DH

مختبرات ديفا للصيدلة

Adulte

LOT : 2433  
PER : 08-25  
P.P.V : 10 DH60

PHARMA 5

IPP®

Oméprazole 20 mg  
Boîte de 28 gélules

PPV : 95,00 DH



Dr Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable



**CARBOSORB®**

Digest

**CARBOSORB®**

Digest

Lot: 325085  
A consommer de  
préférence avant le: 05/2025  
PPC: 99,50 DH

**CARBOSORB®**  
Digest

PPC: 99,50 DH



**CARBOSORB®**

Digest