

# 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

- 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

M22- N° 001503

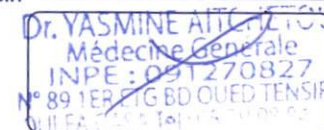
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5730 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENSALIK MOSTAFA  
 Date de naissance : 18/03/19  
 Adresse :  
 Tél. : 0663653474 Total des frais engagés : 311,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Bensalikh Saadoun Ags  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Asthme général  
 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 : Casablanca Le : 03/11/23  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : 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   |
| 03/11/2023                     | Yasmine Anchetou<br>Médecine Générale<br>N° 891270827<br>INPE : 091270827<br>N° 891270827<br>Tél : 091270827 | L                     | G                               | Dr. YASMINE ANCHETOU<br>Médecine Générale<br>N° 891270827<br>INPE : 091270827<br>N° 891270827<br>Tél : 091270827 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| <b>DR. TOUM BENCHEKROU ANNASSIS</b><br><b>PHARMACIE ALMOUWATEN</b><br>Lotissement Annassiss Lot. 152<br>Lissasfa - Casablanca<br>TEL: 0522 90 97 34 | 03/11/23 | 3M.10                 |

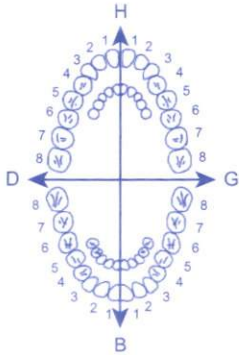
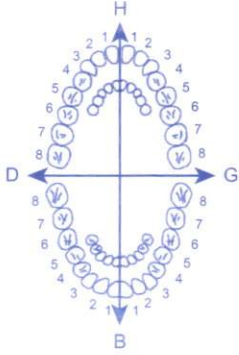
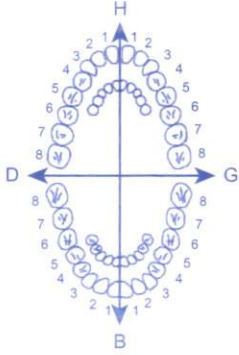
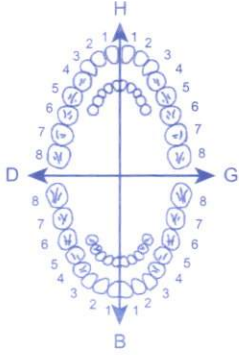
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

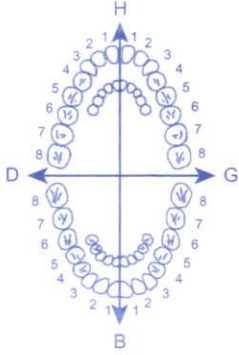
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |
|---|-------------------|---------------------|-------------|---|
|    |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>      |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>       |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>         |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |
|   |                   |                     |             |   |

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |   |   |
|---|--|---|---|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>G</p> </div> </div> | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |   |
|   | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |   |   |
|   |  |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>  |
|   |  |   |   |
|   |  |   | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>       |
|   |  |   |   |
|   |  |   | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                      |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|----------------------|
|                 |  |                   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |

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

|   |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|
|            | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 |
|   | B                    |                      |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                      |                      |
| 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

**Médecine générale et esthétique**  
Lauréate de la faculté de médecine et de  
pharmacie de casablanca.

- Echographie
- Electrocardiogramme
- Hijama



**د. ياسمين أيت شطو**  
الطب العام و التجميلي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

- الفحص بالصدى
- تخطيط القلب
- الحامضة

# ORDONNANCE

Fait à : Casq Le 03/11/2023

Nom & prénom : Bon saluk Sadiya Nestor

56.20

PPV: 56,30 DH  
LOT: 23H09D  
EXP: 08/2025

D - One



ooo ampoules

1 ampoule / Semaine

part 4 Savings

93.00

AS  
mergel

gel 1j

L 3162  
5.09.25  
FILE: 99.00 DM

Dr. YASMINE AITCH  
Médecine Générale  
INPE: 0912/0827  
N° 891887580 QUEZTENS  
2015-01-15

**N° 89, 1er étage, Bd Oued Tensift Oulfa - Casablanca**

رقم 89 ، الطابق الأول شارع واد تانسيفت الألفة الدار البيضاء

الهاتف : 32 84 98 29 05 - GSM : 65 90 23 60 06

- Aprox 500 kg

Am 1 j (Abode)

Sanofi-aventis Maroc   
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/5mg B28

**PPV :** 155,80 DH



Dr. YASMINNE AICHEIDJOU  
Médecine Générale  
N° 891 700 827  
N° 891 700 827

DE TOUT RENCHIEKROU AWAÏF  
PHARMACIE ALMOUWATIN  
Lotissement Annassim Lot. 192  
Lissasfa - Casablanca  
Tél: 0522 90 97 34

TT = 3 M. 10