

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-556789

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

192123

Matricule : 66.17 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BEN OSMANG AZZEDINE

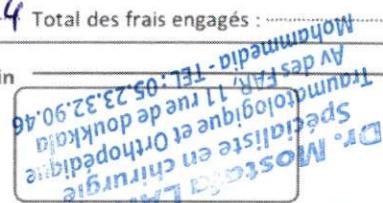
Date de naissance : 17.06.61

Adresse : 6 Rue IBN HAJAR Agt 11 AGDAB / RAKAT

Tél. : 06.61.68.66.94 Total des frais engagés : 100000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOU OLAZEN Asyfa Age : 55

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Fracture clavicule

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 : AL ALLAL BEN ABDELLAH Le : 10 NOV 2011

Signature de l'adhérent(e) : BOU OLAZEN Asyfa

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-556789

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31.10.23        | W                 |                       | 20                              | <p>Dr. MOHAMMED ABDULKALIA INP : 0527323046</p> <p>Spécialiste Chirurgie Orthopédique et Traumatologique</p> <p>Dr. MOHAMMED ABDULKALIA INP : 0527323046</p> |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie Ibn Hajar, Agdal<br>Rue Ibn Hajar, Agdal<br>Tél : 05 37 68 06 87<br>Fax : 102032497 | 01.01.93 | 345,10                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|---|--|----------|--|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|----------|----------|----------|----------|
|             | <b>H</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>D</b> <b>G</b><br><b>B</b> |          |  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
|   | 25533412   | 21433552 |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   | 00000000   | 00000000 |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   | <hr/>  |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   | 00000000   | 00000000 |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   | 35533411   | 11433553 |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>   |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   | DATE DU DEVIS <input type="text"/>   |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>   |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   |  |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   |  |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   |  |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |
|   |  |          |  |  |          |          |          |          |       |  |          |          |          |          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور الحكيم المصطفى  
**Dr. Lahkim Mostafa**  
**طبيب اختصاصي في جراحة العظام**  
**Specialiste en Chirurgie**  
**Traumatologique et Orthopédique Enfants et Adultes**



Chirurgie des Os et des Articulations  
 Chirurgie du Rachis  
 Chirurgie de La main

جراحة العظام و المفاصل  
 جراحة العمود الفقري  
 جراحة اليد

Mohammedia, le: 31.12.23.....

Prescription Agenda

NEANO X. lg ns  
 2 x 60,10 Mz x

14,00 Dalphen lg nr ns  
 12,60 AEPhis m

35,30 Bonfen m

2 x 32,10 Dr. Mysore lg ns  
 2 x 15,10 Calstec lg ns

Dr. Lahkim Mostafa  
 Specialiste en Chirurgie  
 Traumatologique et Orthopédique  
 Avenue des FAR 11 Rue Doukkala  
 Mohammedia(Kasbah) 102032497 87  
 Tél: 05.23.32.90.46  
 Fax: 05.37.68.06.87  
 Pharmacie Ibn Hajar  
 4, Rue Ibn Hajar, Agdal  
 Rabat - Tél: 05.37.68.06.87  
 INP: 102032497 87

شارع الجيش الملكي 11 زققة دكتور المصطفى  
 الحمودية (القصبة)  
 Avenue des FAR 11 Rue Doukkala  
 Mohammedia(Kasbah)

Patente n° : 39403365 - INP : 141061127 - ICE : 001656975000015 - IF : 54505845 - CNSS : 7806849

0523 32 90 46

NEOMOX®

Lot de 12 ampoules déposées

PPV : 64.10 DH

6 118 000 190622

PPV:10DH30

PER:10/25

LOT:L3503

NEOMOX®

Lot de 12 ampoules déposées

PPV : 64.10 DH

et

6 118 000 190622

LOT: 108

PER: NOV 2024

PPV: 102 DH 60

LOT : 158  
PER : DEC 2025  
PPV : 32 DH 50

LOT : 161  
PER : JAN 2026  
PPV : 32 DH 50

25309  
25409