

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064089

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10561 Société : 82892

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 82892

Nom & Prénom : EL ABOUDI MOHAMED

Date de naissance : 12/03/64

Adresse :

Tél. : 2867 Total des frais engagés : 1133,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL ABOUDI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : Troubles du système digestif

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
25 OCT 2023		1	200 DHS	<i>[Signature]</i> Docteur Saad El Ghannouchi 22, Bd. du Nat. Bld. 30 - 1er Etage Sidi Othman - Casablanca Tél: 0522 40 74 44

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Hay El Nasr 2  
Beh M. S. - CASA  
Tél. 0522 38 97 30  
INPE. 092067537  
TOUHAMI MUSTAPHA  
Docteur en Pharmacie

25/10/2023

933,00

# 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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

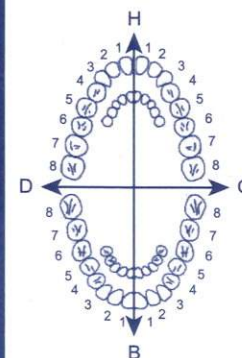
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ai

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair briou al noum roches  
n°100 casablanca  
TACAND  
4 mg Cpr séc  
Ste de 30  
13876 DMP/21ARQ P.P.V. 119,50 DH  
6 118001 020522

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

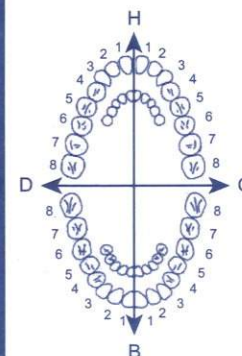
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# 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



Docteur Saâd BENNIS

Médecine Générale



دكتور بنيس

Echographie Générale - ECG

Maladies Rhumatismales et Inflammatoires

22, Boulevard du Nil, Bloc 33, 1er Etage

Sidi Othmane - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 59 78 56

E-mail : saadbennis@hotmail.fr

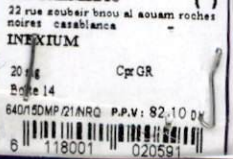
سدى - تخطيط القلب

ماتيزم و التهاب المفاصل

بلوك 33، الطابق الأول

سدى عثمان، الدار البيضاء

0522 59



Casablanca le :

MONSIEUR EL AIBOUDI MOHAMED

25 OCT 2023

67,20

\*LANZEN 30MG GELULES

1 GELULE / J LE MATIN PDT 01 MOIS

74,00

\*CARBOSYLANE GELULES

2 GELULES 2 FOIS / J AVANT REPAS PDT 15 JOURS

82,10 x 2 = 164,20

\*INEXIUM 20 MG COMPRIMES

1CP / J E SOIR PDT 14 JOURS

30,00

\*NURODOL 400MG COMPRIMES

1 CP 2 FOIS / J PDT 10 JOURS

79,70 x 3 = 239,10

\*AZIX 50MG COMPRIMES

1 CP / J PDT 03 JOURS

119,50 x 3 = 358,50

\*ATACAND 4 MG COMPRIMES

1 CP / J LE MATIN PDT 03 MOIS

T<sub>0</sub> = 933,00

Laboratoires SOTHEMA  
CARBOSYLANE  
Boîte de 96 gélules (48 doses)  
PPV 74.00 DH



PPV :

LOT :

PER :

30,00

79,70

PPV 79DH79

PER 04/26

PPV 79DH79

PER 04/26

PPV 79DH79

PER 04/26

PPV 79DH79

PER 04/26

LOT M1242

Docteur Saâd  
Médecine

22, Bd. du Nil, B

Sidi Othmane - Cas

Tél/fax : 0522 59 78 56