

# 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.



182869

## Déclaration de Maladie : N° P19-0000621

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5398 MESOUDI Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MESOUDI DRIS Date de naissance : 03/12/1961  
 Adresse : Res. CL SQUARE Appl 9 IM-H, CL CM  
 Tél : 06.61.46.0415 Total des frais engagés : 427 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 / 11 / 2023  
 Nom et prénom du malade : MESOUDI DRIS Age : 62  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection affective  
 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 : 14 / 11 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0000621

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 : 5398  
 Nom de l'adhérent(e) : MESOUDI DRIS  
 Total des frais engagés : 427 Dhs  
 Date de dépôt :

## 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



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
13/11/2023	V.D		4150,-	

[illegible][illegible][illegible]

**VOLET ADHERENT**

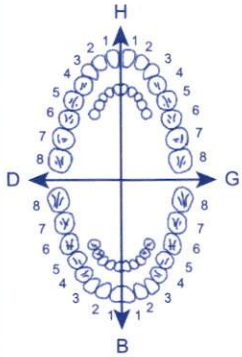
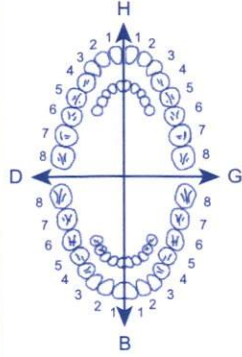
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

# 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 canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Dr. BROUK Ahmed

06 61 91 43 37

Médecin des urgences

\* Consultation et soins à domicile

\* Hospitalisation à domicile

\* Médecin de famille

MESOUADI DRISS

Le : 13/11/2023

21.00 (ST)  
1) Gélax

2) Meteospasmyl  
60.00 - 1 - 1

3) Enterogermin (ST)  
39.00 - 1 - 1

4) Eucarbon (ST)  
123.60 - 2 - 2

5) Inexin 40 (ST)  
1.000 - 1 - 1

PHARMACIE LA BRISE

38, rue Abou Abass El Azfi, Maarif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40, 40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermina 2 milliards  
susp b 10 fl 6 ml  
P.P.V. : 60,00 DH  
6 118001 081653

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bnou al aoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR  
Boîte 14

6417SDMP/21NRQ P.P.V. : 123,60 DH  
6 118001 020607

Dr. BROUK Ahmed  
Omnipraticien  
173, rue 15, Hay Safa, Oulfa, Casablanca  
dr.brouk@gmail.com  
06 61 91 43 37

Vos visites médicales à domicile 24H / 7J

173, Rue 15, Hay Safa, Oulfa, Casablanca

dr.brouk@gmail.com

06 61 91 43 37



**Librax**® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 28001

LOT: 23166 PER: 08/2026  
PPV: 21.00 DH

Lot:

4 4 0 9 A  
0 7 . 2 0 2 7  
3 2 . 0 0 D H S

EXP:

PPV:

32.00