

## 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

- 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060525

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7238

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Elmastour Nadia

Date de naissance : 30/07/1959

Adresse : cité plateau jamaïque 14 app. 25 casablanca

Tél. : 0669992605

Total des frais engagés : 1989,60 DH + 250 Dhs

→ 2239,60 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUMMA GULESSOUS KRAËS  
Médecine Générale - Ecographie  
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3ème Etage  
Maarif - Casablanca  
Tél : 022 98 80 71 / 061 41 17 27  
INPS : 091814357

Date de consultation : 24/11/2023

Nom et prénom du malade : Elmastour Nadia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Dermatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

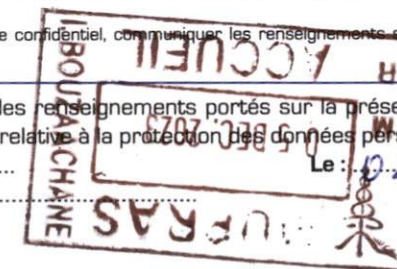
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 04/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :





# 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
24/11/23	CU	1	5000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/11/23	1989,6

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

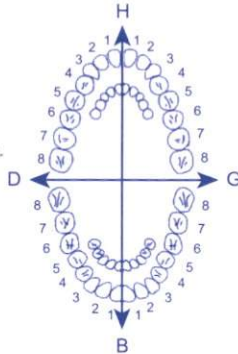
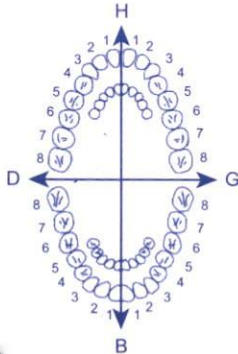
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			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"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouafae Guessous Krafess

Cabinet de Médecine Générale  
Echographie

Expertise médicale - Diabétologie  
Psychologie médicale



الدركتور وفاء الشوسى الكرافس

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبى

Casablanca, le 24 11 23 في الدار البيضاء،

Ed Nestour Nadia

58,50

(1) Hydrexon 500  
1 ampoule / mois x 3 mois

43,30 x3

(2)

AS A 2019

1 ef x 2 / 5 - 10 mg

60,00 x6

(3)

SV Olanzapine 5

1 ef x 2 / 5 - 10 mg

208,00 x3

(4)

SV citalopram 5/5

1 ef / 5

129,00

(5)

SV Des Sautes

10 g / 100 ml x 2 mois

64,10 x2

(6)

SV Axiolone 100

200 mg 1 ef x 3 / 5 x 5



140.00 X4

7

deSas ho

SV

1989.60



Tél: 022.54.80.71 / 061.41.17.2

Quatre Bras - Bpou Larara  
Rue Assad Bou Larara  
Mars 2024  
INP: 091014357

PPV: 60DH00  
PER: 06/25  
LOT: M2225

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

PPV 60DH00  
PER 04/25  
LOT M1327

PPV 60DH00  
PER 04/25  
LOT M1327

43.30

43.30

43.30

PPV 60DH00  
PER 02/25  
LOT M749

60.00

PPV 60DH00  
PER 04/25  
LOT M1327

PPV 60DH00  
PER 07/24  
LOT L26-3

208.00

208.00

208.00

LOT 220659  
EXP 11/2024  
PPV 140.00DH

LOT 211953  
EXP 04/2024  
PPV 140.00DH

LOT 217116  
EXP 04/2024  
PPV 140.00DH

PPV 64DH10 LOT 20006 8  
EXP 02/2025

PPV 64DH10 LOT 2N005 2  
EXP 04/2025

N° de lot:  
Date de péremption:

030423  
03 2025  
PPC : 129,00 Dhs