

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Mise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 061333

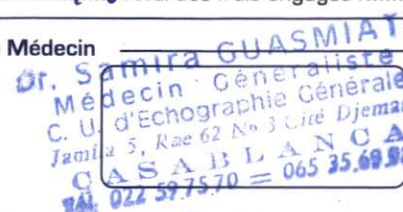
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161 Société : RAM 190379  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDERRAHIM  
 Date de naissance : 14 05 1955  
 Adresse : CIT Djennat Rue 151 n° 26 Hamla  
 Tél. : 0661 72 75 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 01 / 2024  
 Nom et prénom du malade : MOUJTAHID Abderrahim Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : MALADIE METABOLIQUE + HTA  
 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 : CASA Le : 04 / 01 / 2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
04/01/24	C1		120 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOATA CASABLANCA 259-261, BD SAÏD - CASABLANCA JAMIL A.A. CD - CASABLANCA Tél: 05 22 37 19 15 IF: 50484284 - TP: 37300968 RC: 517591 - INPE: 092052562 ICE: 002865498000015	04.01.2024	1474.50
	04/01/24	130.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

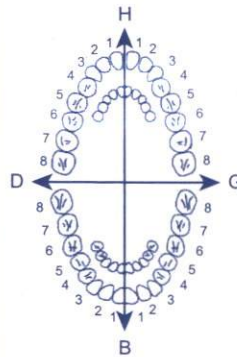
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

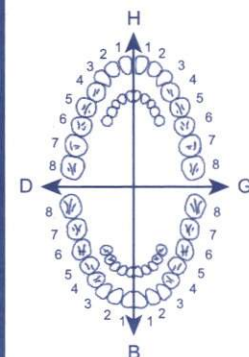
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				FIN D'EXECUTION	

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCOEFFICIENT 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	<input type="text"/>
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





DR. Samira GUASHMIATE  
Omnipraticienne  
C.U.Echographie générale  
ICE : 001716682000066

Casablanca, le : 04/01/24

PHARMACIE SBATA CASA SARL AU  
259-261 BD SAKIA ELHAMRA,  
JAMILA 5 CD - CASABLANCA.  
Tél: 05 22 37 19 15  
IF: 50484284 - TP: 37300988  
RC: 517591 - INPE: 092052562  
ICE: 002865498000015

## ORDONNANCE

MR. MOUTAHID Abdelrahman

78.70 x 2 1) Diclofenac 60mg. cp  
390.00 x 2 2 cp à jeun x 2 fois

164.70 x 2 2) Gabapentine 60 / 1000 mg  
1 cp matin et soir x 2 fois

46.70 3) Triphexone 10 / 2,5 / 5  
1 cp le matin x 2 fois.

52.80 x 2 4) Zyloric 100 mg cp  
1 cp le soir x 2 fois

27.70 x 2 5) Prazosin 20 mg. sel  
1 cp à jeun x 14

1474.50 6) Aspirine 100 mg. cp  
1 cp à jeun x 2 fois

7) 50 strips one collection

PARAVERA  
417, Bd. Sakia El Hamra  
Jamilia 5 CD, Casa  
05 22 35 10 70

Dr. Samira GUASHMIATE  
Médecin Généraliste  
C.U. Echographie Générale  
Jamilia 5 CD - Casa  
Tél: 05 22 37 19 15 - 06 53 56 99 2



6 118001 130313

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 164,70 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

PPV: 52DH80  
PER: 03/25  
LOT: L3553-2

PPV: 52DH80  
PER: 03/26  
LOT: M3533-2

LOT 230750  
EXP 02 2027  
PPV 46,70 DH

78720

78720

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



6 118001 130313

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 164,70 Dh  
Servier Maroc - Casablanca