

# 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

- 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

M23-0025410

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11244 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUSSAID ABDELKARIM  
 Date de naissance : 19/01/2009  
 Adresse : Habituelle  
 Tél. : Total des frais engagés : 150 + 700,8 = 850,8 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 19/01/2009  
 Nom et prénom du malade : Ouardi Saïda Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Migraines + vertiges  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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
19/01/24	C5		150dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>19/01/24</p> <p>PHARMACIE DAR AL IDAA</p> <p>Dr. IDRISSE Zineb</p> <p>161 Ain Choc</p> <p>14 05 15 50 32 33</p>	19/01/24	708.8

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

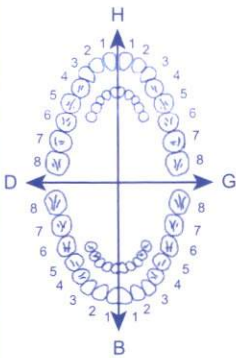
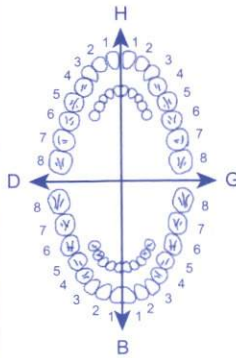
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div>G</div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Docteur Latifa LABIBE

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital

Mohamed BOUAFI



الدكتورة لطيفة اللبيب

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى

محمد بوافي

ORDONNANCE

Casablanca le:

29/01/2024

الدار البيضاء في:

صيدلية دار الإيداع  
PHARMACIE DAR AL IDAA  
Moulay Elidrissi Zineb  
Tél: 05 22 59 87 01

Mme Anardi  
Sarda

1) Clucophage 500

NS

1cp x 2/3 pds 3 mois

2) Amel 5mg

NS

1cp le matin  
pds 3 mois

NS

3) Vitaneur fort

1cp x 3/3 apres le repas

4) Algik

NS

1cp x 2/3

219, Avenue Lahraouine, cité Djemaa (Sbata) 1er Etage

(Au dessus de pharmacie Erraha)

Téléphone: 05 22 59 87 01

219 شارع لهرأوين، قرية الجماعة (سباتة)، الطابق الأول  
(فوق صيدلية الراحة)

الهاتف: 05 22 59 87 01



57,805) Costal 10  
7464 son

75

LOT : 231285  
EXP : 09/2026  
PPV : 57,80DH

142,006) Costal 10  
7464 son

75

LOT 221076  
EXP 11/2024  
PPV 140.00DH

79,527) Carbocane  
74x24

75

LOT: 230627  
PER: 08/2026  
PPC: 79.50DH

52,108) Artiflex cream  
2 app x 24

LOT: 4018/FC30  
EXP: 11/26  
PPC: 52.50DH

Ramo Pharm

84,80 - 9) Breain 2  
7464 pks li kra

75

صيدية دار الإيداع  
PHARMACIE DAR ALIDAA  
Dr IDRISSI Zineb  
161 Am Choc  
95 72 50 32 33

Dr Laribe Laribe  
218 Avenue Laribe Laribe  
(Ghaza) Etage 1  
Tél: 09 24 66 02 16 05

LOT 230424  
EXP 03/2026  
PPV 49.40DH

EXP 03/2026  
PPV 49.40DH

49,40

13,20

T = 708,82

20,80

20,80

84,80

PPV  
LOT  
PER

28,80

20,80

20,80

20,80