

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



193107

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034594

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 57 RUE SOCRATE MAARIF CASA

Tél. : 0670 566416 Total des frais engagés : 127,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mr Jalil Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Tumeur Pedo spin

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 : CASA Le : 22 / 01 / 2024

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
22/1/24	→		Contrôle	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
22/1/24	127,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

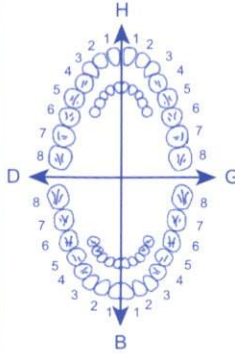
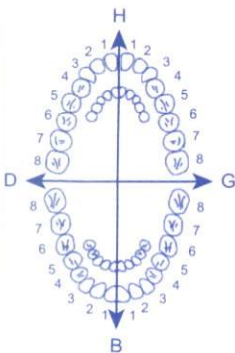
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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 			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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. Khalid RZAL**

**Chirurgien Spécialiste**

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Montpellier ( France)

Chirurgien Viscéral

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

\* Chirurgie Viscérale \* Chirurgie de l'Obésité

\* Chirurgie Digestive \* Chirurgie Cancérologique

**الدكتور خالد أرزال**

**جراح متخصص**

خريج كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)

جراح بمستشفيات فرنسا (سابقا)

\* الجراحة العامة \* جراحة الجهاز الهضمي

\* جراحة السمنة \* جراحة الأورام

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

**NEOFORTAN® 160 mg**

RPV 98DH80  
EXP 03/2026  
LOT 33022 2

**NEOFORTAN®**  
10 comprimés 160 mg  
6 118000 031697

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21  
OCS OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

**PHARMACE MIRABEL**  
A. S. MIRABEL, Docteur en Pharmacie  
Diplômé de l'Université de Strasbourg  
Diplômé de Pharmacie Université de l'Université de Nancy  
Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 86 50 05 - Fax : 05 22 86 50 05

98,80

NEOFORTAN

98,80

**VITANEVRIL® FORT 100 mg**  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

28,80

VITANEVRIL



**Dr. Khalid RZAL**  
Chirurgien Spécialiste  
182, Bd. Anoual - Casablanca  
Tél : 05 22 86 50 05  
INPE : 0011653:0  
ICE : 001745623000091

**SUR RENDEZ-VOUS**

182, Boulevard Anoual, Tour Anoual, 5ème Etage - Casablanca - Maroc  
Tél.: 05 22 86 50 05 - E-mail : khalidrzal6@gmail.com