

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° W21-820320

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12289      Société :  
 Actif       Pensionné(e)       Autre  
 Nom & Prénom : BEKKARI Nes Karim  
 Date de naissance : 18 Nov 81  
 Adresse : 86 Rue Jhd Azarka      196859  
 Tél. : 0661630388      Total des frais engagés : 627,7      Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI**  
**Pédiatre**  
 281, Bd. Brahim Roudani - Casa  
 Tél : 0522 23 48 42 / 0522 98 20 17

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 26/02/14  
 Nom et prénom du malade : BEKKARI Nes      Age : 9  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : Inf. Gén.  
 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 : Casablanca      Le : 28/02/2014

Signature de l'adhérent(e) :

VOI ET ADHÉRENT

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
26 FEV. 2024	h	1	30000	<i>[Signature]</i>

**INP: 0010492**  
**MÉCANICHE-ALAMI**  
 281, Bd. Brahim Liodani - Casa  
 Tél: 0522 254842 0522 98 20 77

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	26/02/24	127,10

**PHARMACIE BIENES CASA**  
**S.A.R.L.A.**  
 Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca  
 Tél: 0522 36 08 06

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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	INP : <input type="text"/>
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	G																	
	B																	
		[Création, remont, adjonction] 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

Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

sur rendez-vous

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 36 08 06

مشيش العلمي

أمراض الأطفال

الطب بباريس

عد

**Amoxil 500**  
amoxicilline

..... cuillère(s)-mesure(s)  
prendre indifféremment avant  
le repas, pendant ..... jours.  
عطر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات

**Uniquement sur ordonnance**  
**RESPECTER LES DOSES**

PPV : 31,30 DH  
LOT : 652504  
PER : 06/26

Casablanca le : 26 FEV. 2024

دواء

31.20 / Amoxiciline 500 mg (S.V)

1 sachet x 2 fois par jour

60.00 / Enteroferon (S.V)

1 sachet x 2 fois

2 sachets

13.40 / Ibuprofène 100 mg/5 ml (S.V)

1 sachet x 2 fois

22.50 / 14.00

Brufen 100 mg/5 ml (S.V)

2 sachets x 2 fois

Dr. Ghali Mechiche-Alami  
281, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

**BRUFEN**  
Suspension pédiatrique  
100 mg/5 ml Ibuprofène

Lot N°: UT AV: PPV (DH): 22,6