

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0053479

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6893 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUAFKI Saïd  
 Date de naissance : 04-08-1959  
 Adresse : 37 RUE DES IRIS Beaujeu Casablanca  
 Tél. : 0660915423 Total des frais engagés : 1405,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. SADIK Fouzia Médecin**  
 104, Rue Mimouza Hay Erraha  
 Tél : 05.22.36.58.91 Casablanca **INPE : 091122440**  
 Date de consultation : 11/03/2024  
 Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> OUAFKI Boucheha Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DM2 + la goutte + hypertension  
 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 : Casablanca Le : 13/03/2024  
 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
11/03/24	19	02	200,00	DR. SADIK YOUSSEF 104 Rue Minouza Hayat Tél: 05 22 22 55 91 Casablanca
INPE : 091122440				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MOUASSAB 57, Rue des Roses A Casablanca Masjid Annour - Beauséjour Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca Patente: 34808192 INPE : 092009513	11.3.24	205,30

# 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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 SADIK Fouzia

PPV: 40DH00  
PER: 10/25  
LOT: M3731

le  
rale

es Ecoles)

ur  
6 58 91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام  
الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 58 91

**GLEMA®** 2 mg  
Glimépiride

**ASKARDIL®** 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 2D006 S

ca, le : 11/03/24 : الدار البيضاء، في :

Mme OUAFKI Bouchna

40.00 - GLEMA 2 mg (01B) (S.V.)

1cp !

23.80 - Askardil 160 mg (01B) (S.V.)

1cp ! après le F.tour

19.80 - oedes 20 mg (01B de 20) (S.V.)

1gell !

13.70 - Zylonic 100 mg (01B) (S.V.)

1gell !

19.60 - Fébrex (AD) (01B) (S.V.)

1 Sachet 2fois !

Laraspahan (01B de 20)

1cp 2fois !

باراصفان

20 قرصا فائرا

**Paraspahan**

20 CPS EFF

PPV 28DH90

EXP 06/2026

LOT 36045 2

PHARMACIE EL ANOUIROUD  
67, Rue des Palmes A Cote de  
Masjid Annour - Beauséjour  
Tel: 0522 36 84 30 - Casablanca  
Patente: 34808192

DR. SADIK FOUZIA  
Médecin  
134, Rue Minguza Hay Erraha  
Tel: 0522 36 58 91 Casablanca

(S.V.)



**OEDES**® oméprazole  
Microgranulés gastro-résistants en gélules

20 mg  
Boîte simple

14 x

LOT 220288  
EXP 09/2024  
PPV [REDACTED]

COOPER PHARMA  
PPV : 49,30 DH

**زيلوريك 100 ملغ**  
ألوبورينول

100 قرصا  
عن طريق الفم

LOT 233494  
EXP 11 2027  
PPV 43.70 DH

**PHARMED**

LOT : 9755  
UT.AV : 12-26  
PPV : 19DH60