

# 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

M23-0023833

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

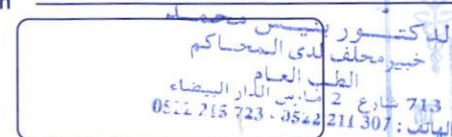
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3215 Société : Rebatel  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 200049  
 Nom & Prénom : SAGHIR Yustapha  
 Date de naissance : 1969  
 Adresse : ENARA RUES NAJIBASA  
 Tél. : 05 46938440 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



22 MAR. 2024

Date de consultation : 19/03/2024  
 Nom et prénom du malade : SAGHIR Yustapha Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Polakisme + Colofatue  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Diabète + 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-023833

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



# 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 MARS 2024			20000	الدكتور بنيس محمد شفيق محلف لدى المحاكم الطب العام طابق 2 شارع الدار البيضاء الهاتف: 215 723 0822 211 307

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHRI 5 rue Bd. AL 2008, Inara, Ain Chok Casablanca - Maroc Tél: 05 22 52 40 29	19/03/2024	1702,70

# 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	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

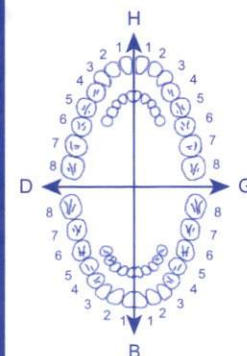
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT 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

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur M'hamed BENNIS**

**MEDECINE GENERALE**

**Echographie**

**Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire**

**Sur Rendez - vous**



**الدكتور امحمد بنيس**

**الطب العام**

**الفحص بالصدى**

**خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابقا**

**الزيارة بالموعد**

**19/03/2024**

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

**Monsieur SAGHIR MUSTAPHA**

**1/ CONTIFLO GELULE LP 0.4**

1 gélule le soir

**2/ DIVIDO 75**

1 cp après le repas matin et soir

**3/ DUOXOL CP *ou Relaxol***

1 cp après le repas matin et soir

**4/ HEPANAT 400mg Cps**

1 cp avant le repas matin et soir

**5/ OSMOSINE**

1 c à s matin et soir

**6/ ALTEC 5 MG CP x 3**

1 cp après le repas le matin

**7/ GALVUS 50 MG / 850 x 2**

1 cp après le repas matin et soir

**8/ DIAMICRON 60 LM CP x 8**

1 cp avant le repas matin et soir

**PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
550, Bd. Al Gouds, Inara, Ain Chok  
Casablanca - Tél.: 09 20 40 42 7  
Tél.: 05 22 21 13 07**

**7702,70**

**الدكتور امحمد بنيس**  
خبير محلف لدى المحاكم  
الطب العام  
شارع 2 مارس 713  
البيضاء  
الهاتف: 05 22 21 13 07

**713, شارع 2 مارس - بين المين - الدار البيضاء - هاتف عيادة: 05 22 21 57 23 / 05 22 21 13 07**

**713, Avenue 2 Mars - Bine Lamdoune - CASABLANCA - Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23**



LOT : 23E009  
PER: 03/2026

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20



P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

ANNN IN : 2607/01/01/2023/01/01/2023

N° Lot:

Fab:

Per:

3TJ607

02/2023

02/2026

P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

PPV:102 DH 50

78,70

LOT 233

78,70

E.P.V. 47/2023

PPV 50DH70

6 118001 031085

**GALVUS MET 50 mg/850 mg**  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

73,80 DH

03/2026  
20836

Via delle  
Importé et  
Ber

78,70

LOT 233

E.P.V. 47/2023

PPV 50DH70

78,70

78,70

E.P.V. 47/2023

PPV 78DH70

MP/21/NRO



Flacon de 260 ml

Hydroxyde de Magnésium



**OSMOSINE®**

78,70  
LOT 233  
E.P.V. 47/2023  
PPV 78DH70