

## 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 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 une fois par an.

### 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 Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-840248

201677

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 254 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Larhissni BRIKA  
 Date de naissance : 01-01-1940  
 Adresse : JAMILA 3 RUE 16 NE 46 CD  
 Tél : 06 68 15 43 52 Total des frais engagés : 2246,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Larhissni Briko Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DT  
 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) :

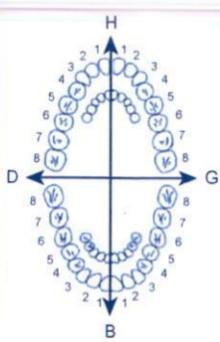
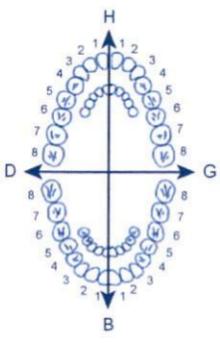
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

[illegible][illegible]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																									
<b>Important :</b> 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	Montant des Honoraires																																					
						CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																			
						MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																			
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																			
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																			
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">25533412</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;">21433552</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">D</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">35533411</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;">11433553</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> </table>						H				25533412		21433552			00000000		00000000		D				G		00000000		00000000			35533411		11433553				B				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
			H																																						
		25533412		21433552																																					
		00000000		00000000																																					
	D				G																																				
		00000000		00000000																																					
		35533411		11433553																																					
			B																																						
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Montant des Honoraires</b>		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																		
							DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Dr Salwa KHIYAT

Omnipraticienne

Du en Diabétologie de Bordeaux : Diabète

Régime, Obésité, Maladies du Cholestérol

DU en Nutrition Clinique (à Rabat)

DU en Echographie Générale (à Casa)

Spécialité en Médecine du Travail (Rennes)

Certificat de Médecine d'Urgence (CHU CASA)

Du de gynécologie Médicale et Fertilité

الدكتورة سلوى خياط

الطب العام

دبلوم امراض السكري

دبلوم التغذية الكلينية

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم طب الشغل

دبلوم امراض النساء والعقم

Casablanca le : 11/03/2024 : الدار البيضاء في:

Mme Larhmissi Br. Ka

744,00 x 2

- Lantus solsten

20 UI levon

(2 boites)

- Novo rapide Flexpen

02 - 02 - 02

126,80

- No-DEP.

1 - 0 - 0

(03 boites)

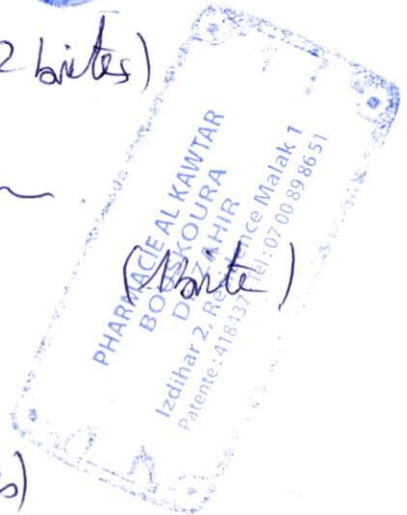
191,60

- Gerson Fry

0 - 0 - 1

(1 boite)

- ~~adelpa~~



33,49 - Alprostadil 500.



0 - 0 1/2 (Boite)

207,00

- Augmentin 1g



1 - 0 1 (Boite)

- Bandelette Contom PL.

4 boites de 25 bandelettes)

- Kit de Glycémie Auto  
1 kit

- Urgo derm rx/10 cm.  
2 boites

- Bande de Gaz 10cm/rx

- Compresse stende

PHARMACIE AL KAWTAR  
BOUSKOURA  
Dr. ZAHIR

Izdihar 2, Residence Malak 1  
Patente: 418437 - Tel.: 07 00 89 86 51

الصيدلية سلاوي حياينة  
بوسكورة  
تلفون: 07 00 89 86 51

T = 2046,80



AUGMENTIN 1 g/125 mg  
24 sachets

PPV : 207,00 DH  
LOT : 653165  
PER : 07/25

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P1-  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



5191801008119

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P1-  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



5191801008119

6 118000 072188



CAPREX 75 mg  
60 Gélules

LOT: 440  
PER: AVR 2025  
PPV: 126 DH 80

sécal



Alprazolam 0,5 mg  
28 comprimés sécables

6 118000 050889



NO-DEP 50mg  
30 cps pelliculés sécables

PPV: 191DH60

EXP 09/26

LOT 231747

33,40 DH

EXP 09 2026

232914 1

LOT  
EXP  
PPV