

# 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

- Reclamation : 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.

N° W21-800575

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 2429		Nom & Prénom : AKHMISS REDOUAN	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : 0660541293 Total des frais engagés : DHS	
<p><b>Cadre réservé au Médecin</b>  <b>Dr. Hassan CHAHID</b>  <b>OMNIPRATICIEN Echographie Clinique</b>  <b>D.U en Diabétologie</b>  <b>146, Rue Moulay Ismaïl Hay Baladia Casablanca</b>  <small>(au dessus de la pharmacie Hay El Baladia)</small> </p>			
Cachet du médecin :		Date de consultation : 18 AVR 2024	
Nom et prénom du malade : AKHMISS RANIA		Age:	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant		Nature de la maladie : Tdg un annee et Demi	
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 : 18/05/2024			
Signature de l'adhérent(e) :			
			



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

RELEVE 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 canala ges, ainsi que le bilan de l'ODF																																																
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>	
		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"/>																																																
	<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           D <hr/> B         </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession       </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           D <hr/> B         </td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D <hr/> B		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           D <hr/> B         </td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D <hr/> B																																								
		H	G																																													
		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553																																													
		D <hr/> B																																														
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																														
		<input type="text"/>																																														
		<input type="text"/>																																														
		<input type="text"/>																																														
		<input type="text"/>																																														
		<input type="text"/>																																														
		<input type="text"/>																																														
		<input type="text"/>																																														
		<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>																																																
<input type="text"/>																																																
<input type="text"/>																																																
<input type="text"/>																																																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie

Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition

Diplôme universitaire en échographie clinique

Faculté de Médecine Montpellier France

ELECTROCARDIOGRAMME

Membre de la Société Francophone du Diabète  
sur rendez-vous

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية الطبيعية التقديمة

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

من كلية الطب مونبوليسي - فرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

عضو الجمعية الفرنسونكوفونية لمرض السكري

بالموعد

Casablanca, le ..... 18 AVR. 2024 ..... الدار البيضاء، في

PHARMACIE DERB GHALEF  
SARLAU  
25, Imm ERAC Centre Commercial  
Abdelmoumen Casablanca  
RC 438053 TP 34701037

106102  
5559  
le 18/04/2024

144,20x2

3060  
le 18/04/2024

5860

558160

7 du

AKH Miss Raouia

SV

2,15x  
au wh + 2m

=

SV

107x a 107x  
Sahap 10mg 107x  
77 el wh, 2m

107x  
107x

SV  
- 20H

Dr. Hassan CHAHID  
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique  
D.U en Diabétologie  
146, Rue Moulay Idriss Hay Baladia - Casablanca  
(au dessus de la pharmacie du Dr. Baladia)  
Tél.: 05 22 80 91 91

S-CITAP® 10 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 1 151363

S-CITAP® 10 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 1 151363

LOT : KE30076

PER : JUL 2025

PPV : 144 DH 20

LOT : KE30076

PER : JUL 2025

PPV : 144 DH 20

**UROSTA®**

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables



6 118000 040866

PPV : 106 DH 00

PER : 01/26

LOT : M162-12

PPV : 58 DH 60

PER : 11/26

LOT : M3987

**LOZYXA® 2,5 mg**

Clorazapine

bottu

30 Comprimés pelliculés

6 118000 042334

PPV : 106 DH 00

PER : 01/26

LOT : M162-12

**LOZYXA® 2,5 mg**

Clorazapine

bottu

30 Comprimés pelliculés

6 118000 042334