

# 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.

## Biologie 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

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° P19- 062893

60841

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8474 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAKIL Fouad

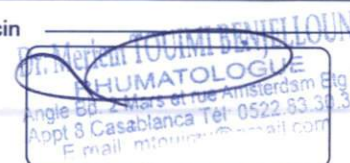
Date de naissance : 08-05-1968

Adresse : 59 Rue Rahel Ben Ahmed - R. 11 Casa

Tél. : 06 70 33 61 19 Total des frais engagés : 1097,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/08/2021

Nom et prénom du malade : Mr EL KHOUMSI Amr Age : 1970

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur articulaire

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 : Casa Le : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

[illegible]

18.029 03 300 DM

Angle Bd. 2 Mars et rue Amsterdam Etg 2  
Appt 8 Casablanca Tel: 0522 83 30 20  
E mail: mtouir@mgmail.co.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Poursuivante	Date	Montant de la Facture
	21/3/21	792,6

2 | 3 | 21

792,6

[illegible]Montant  
des Honoraires[illegible]

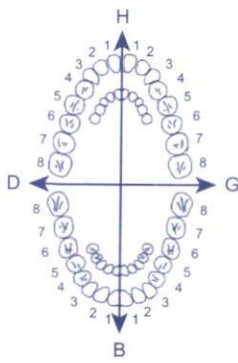
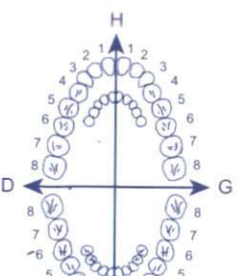
### Montant détaillé des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

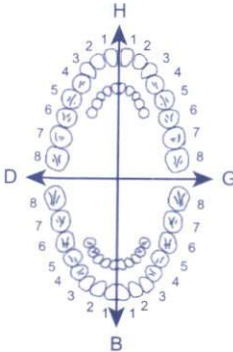
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>								
				Montants des Soins <input type="text"/>								
				Début d'exécution <input type="text"/>								
				Fin d'exécution <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">H</div> <div style="text-align: left;">B</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>D</span> <span>G</span> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>								
				Date du devis <input type="text"/>								

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

**Dr. Meriem TOUMI  
BENJELLOUN**

**SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE**

- Echographie musculo-squelettique (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**الدكتورة مريم تويمي  
بنجلون**

- أخصائية في أمراض المفاصل و العظام  
و الروماتيزم**
- الفحص بالصدى ( باريس )
  - أمراض هشاشة العظام ( باريس )
  - التهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني ( باريس )
  - العلاج بالأدوية البيولوجية

02.03.2021

**Mme EL KHOUMSI Amal**

**1 NEOVICAL**

1 à 10h, pendant 2 mois.

**2 METALAB-K**

1 le soir, pendant 2 mois.

**3 D-CURE FORTE 100 000**

boire une ampoule tous les 15J (3 fois )  
puis une ampoule par mois pendant 3 mois

**4 DOLICOX 60**

1 à midi, après le repas, pendant 14 jours. B DE 14

**5 AULCER 20**

1 le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

**6 MANEF**

1 le soir, pendant 15 jours.

**Dr Meriem TOUMI BENJELLOUN**



PPC : 144,00 DH

N° d'enregistrement  
ministère de la santé  
DA20181710294DMP/20UCA/V1

PPC : 144,00 DH

N° d'enregistrement  
ministère de la santé  
DA20181710294DMP/20UCA/V1

**Manef**

FMM67 0623

LOT PER

Prix 55.00

ARÔME ORANGE SANGUINE  
SANS GLUTEN

14

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

11096-03

AMM N° 569/17 DMP/21/NF

LOT: 20016  
PER: 10/2022  
PPV: 2,80 DH

PPV: 143DH60  
PER: 10/22  
LOT: 12440-2



Lot: 060454  
A consommer de  
préférence avant le: 09/2022  
PPC: 79,50 DH

Lot: 060454  
A consommer de  
préférence avant le: 09/2022  
PPC: 79,50 DH