

# 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.

## Prothèse 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- 0039750

60878

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02042 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHEBBAB MUSTAPHA

Date de naissance : 11/05/50

Adresse : Rte HAJ FATEH Rue 10 N°29 OULHA

Tél : 0633439114 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin Dr Mustapha OUDRHIRI

Cachet du médecin :



Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diplômé en Diabétologie  
49, Bd 2 Mars N°7 - Casablanca  
Tél : 0522 20 02 45 / 0522 20 11 04

Date de consultation : 10/03/2021

Nom et prénom du malade : SARAH Iqja Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension + Affection longue durée

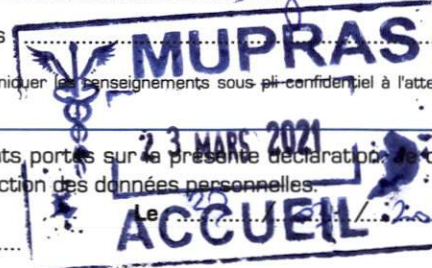
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :






# 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
10/03/2021	G		400,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10 Mars 2021	924,300H ICE: 000489360000038

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

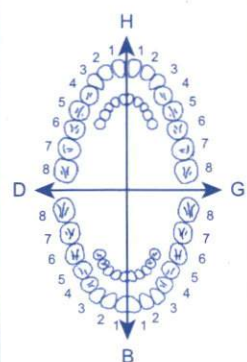
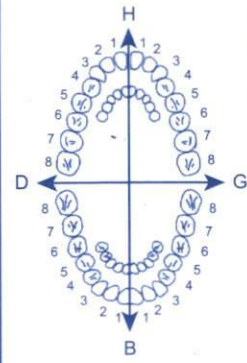
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
																		
	<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		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



611 800110201 3  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH



611 800110201 3  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH



611 800110201 3  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

**Cationorm**

Multi  
 Emulsion  
 ophtalmique

Multi  
 Emulsion  
 ophtalmique

**PPC 158,00 DH**

**PPC 158,00 DH**



طبيب سائق بمستشفيات باريس  
 طبيب سائق بالمستشفى العسكري  
 محمد الخالص بالرباط  
 عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

Casablanca, le : 10/03/2021

**MME SABRI IZZA**

$13.40 \times 3 = 40.20$

1. **Levothyrox 50µg**

1 Comprimé le matin, avant les repas, pendant 03 mois

$6.80 \times 3 = 20.40$

2. **Levothyrox 25 µg**

1 cp/j avant le repas du matin pendant 03 mois

$158.00 \times 2 = 316.00$

3. **Cationorm émulsion ophtalmique**

1 goutte, matin, midi, soir, pendant 03 mois

$149.50 \times 3 = 448.50$

4. **Curarti forte**

1 Comprimé le matin pendant 03 mois

$49.60 \times 2 = 99.20$

5. **D-cure forte**

1AB/15 jours pendant 06 semaines

$T = 924.30 \text{ DH}$



10 Mars 2021

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

Specialiste en Médecine Interne  
 Diplômé

49, Bd. 2 Mars  
 Tél: 05 22 26 02 46

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

INPE : 091165605

[www.droudrhiri.com](http://www.droudrhiri.com)

E-mail : [oudmus@yahoo.fr](mailto:oudmus@yahoo.fr)



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

PPC: 149,50 DH

curarti<sup>®</sup>  
comprimé

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

305296  
11/2023

PPC: 149,50 DH

curarti<sup>®</sup>  
comprimé

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

305046  
04/2023

PPC: 149,50 DH

curarti<sup>®</sup>  
comprimé

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

305292  
11/2023