

# 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.

## Educateur :

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.

## Maladie chronique :

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 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- 0041592

ND: 31124

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03309

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : mar 2 Rue 5 n° 18

Tél. : 06 96 78 04 70

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2020

Nom et prénom du malade : A. AIT BELAÏE Age : 39 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite chronique - Goutte - Fumeur

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) :



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
01/06/2008				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/20	582,80
		J.N.P.F. 09204136

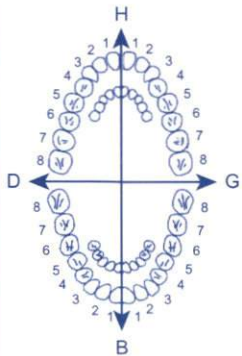
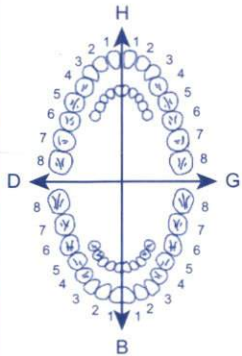
[illegible][illegible]

# 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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input 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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

A diagram of a human dental arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches, starting from the midline (center) and moving outwards. The quadrants are labeled with letters: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. A vertical line separates the left and right sides, and a horizontal line separates the upper and lower arches, intersecting at the center. The teeth are represented by simple circles, with some showing internal details like roots or pulp chambers.

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale  
Echographie Clinique  
Electro Cardiogramme  
Gynécologie Femmes, Hommes  
et Enfants



الدكتورة أسماء كجورج

الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب  
طب النساء، الرجال  
والأطفال

Ave AIT Belouali 30 06 2020

Docteur Asmâa GOURJA  
Médecine Générale  
Echographie Clinique  
Electro Cardiogramme  
Gynécologie Femmes, Hommes  
et Enfants  
Hay Mly. Abdellah, Rue 153 N° 31 Ain Chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 50 50 32 - GSM: 06 74 68 87 68

(66,100 x 091) 1) A. Micine 500mg (N1)

59,50 2) Alpendo 500mg

32,80 3) pendys 500mg

199,30 4) D. Cotel 100mg

(44,00 x 091) 5) B. f. 100mg

22,70 6) pendys 500mg

3) الإنارة 1 عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 50 50 32  
Hay Mly. Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 50 50 32  
GSM : 06 74 68 87 68 - Email : docteurgourjaasmae@live.fr

0171 0523  
PPV 9DH5  
59,50

32,80

192,30

6 118000 050247  
44,00 DHS  
Prix Public de Vente  
Maroc

Prix Public de Vente  
Maroc

PPV 22DH70 EXP 10/2022  
LOT 99034 2



26.50 7) NORMACOL  
19pp

99.00 8) L DOCTEUR

Médecine Générale  
Hay My. Abdellah, Rue  
Tél.: 05 22 50 50 32

LOT N° :  
UT AV : 01/2023  
PPV : 99,00DH

NORMACOL LAVEMENT Adultes  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed DIOURI, Casablanca  
Pharmacien Responsable  
Amina DAOUDI  
PPV = 26,50 DH

T. 582.80

PHARMACIE MARCHÉ MUNICIPAL - AIN CHOCK  
Tél.: 05 22 11 79 68  
174, Bd Khattbi Hay My Abdellah - Aïn Chock

66.00  
66.00