

# 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.

## Diagnostic 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 066434 <sup>40435</sup>

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **HOUINSI ABDALLAH**

Matricule : **971** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **HOUINSI ABDALLAH**

Date de naissance : **1942**

Adresse : **DR LAMANE BOU D ETC MO H201 HA**

**CASABLANCA**

Tél. **0676 837874** Total des frais engagés : **0** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03/09/2020**

Nom et prénom du malade : **ECHABTI NABAH** Age : **78**

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

Nature de la maladie : **Aff. rhumato**

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 : **03/09/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

03/10/2022		6		
------------	--	---	--	--

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE DU PARADIS**  
**Dr. BONSTANE Zakia**  
 Bloc I - W. 8 Dar Lamane  
 Hay Mohammadi - CAS  
 Tel: 0522.60.80.71

## 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

A M

P C

I M

I V

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 :**

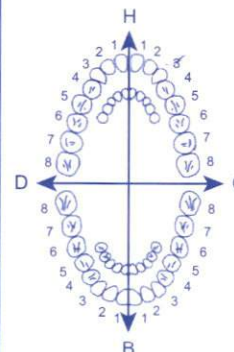
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient


COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

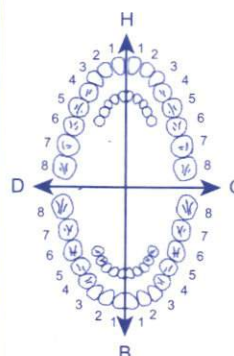
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	35533411	00000000	11433553
B			

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession


COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations  
et de la colonne vertébrale (Sciaticques)  
Les rhumatismes  
Ostéoporose et la goutte  
Rhumatologie Pédiatrique  
Echographie ostéo-articulaire

الدكتورة مخشون منى

طبيبة أخصائية

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري (بوزلوم)  
أمراض الروماتيزم  
هشاشة العظام والنقرس  
أمراض الروماتيزم عند الأطفال  
فحص المفاصل بالصدى



C.R.R.P.

PHARMACIE DU PARADIS  
BLOC 1 - Dar Lamane  
Hay Mohammadi - CASA  
Tél: 0522.60.80.71

Casablanca, le : 23/08/2020

ETCHATI BI MBRAXA

7550  
1 Epyco 75mg 1 gel le soir (1/1)

8500  
2 Durbs 1 cp x 2 / 1 (1mor)

17440  
3 Deflazonek 30mg 1/2 cp 1mor

17600  
4 Aach alen 2morque 1cp / 5m / 03mois

8210 X5  
5 Exac 20  
9250 1cp / 1 (02mois)

75، شارع الإمام الشافعي الزنقة 16 تجزئة (بياء) القدس - البرنوصي

Tél. : 05 22 73 44 42 - E-mail : mounamakhchoune@hotmail.fr

URGENCE : 06 13 01 25 35

(PPV : 75DH10)

LOT : 191109D  
PER : 11/2022  
PPC : 89 dhs

Lot : PC0295B  
Per : 01/2023  
PPV : 174DH40

**ACIDE ALENDRONIQUE**  
**70 mg**

Acide Alendronique

LOT : 12019001  
PER : 09/2021  
PPV : 176,00 DH

4 comp.  
Voie

Fabriqué sous licence NORMON Espagne  
Lot N° 149, ZI Sahel  
N° 149/2021



LOT : 19007  
PER : 12/21  
PPV : 82DH10

LOT : 19007  
PER : 12/21  
PPV : 82DH10

LOT : 19007  
PER : 12/21  
PPV : 82DH10

82,10

LOT : 19007  
PER : 12/21  
PPV : 82DH10

82,10

82,10

LOT : 19007  
PER : 12/21  
PPV : 82DH10