

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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](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- 0046770

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3134

Société : 40503

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJEB ZAHRA

Date de naissance : 1953

Adresse : HAY NACER N38 BAHRAOUI

Tél. : 0615022541

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Siham BENALI OUMIYOUN  
Médecine Générale  
134, Hay Nasser-Sidi Allal Bahraoui  
0537 52 01 01

Date de consultation : 01/09/2020

Nom et prénom du malade : ESSALEK Abdelhak

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☒ Enfant

Nature de la maladie : Anémie, diabète, Dermatologie

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 : DEIRUAT

Le : 22/09/2020

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

MUPRAS  
RECEPTION

MUPRAS  
17 SEP. 2020

ACCUSE



# 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
01/09/2020	C5	1	15.00	<p>Dr. Siham BENALOUIM DUP</p> <p>Médecine Générale</p> <p>134, Hwy Nasser-Sidi Allal Bahraoui</p> <p>0537 52 01 01</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2020	298.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

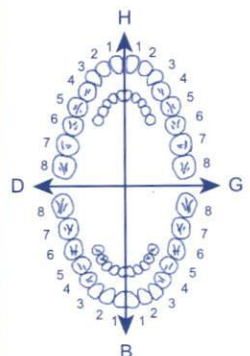
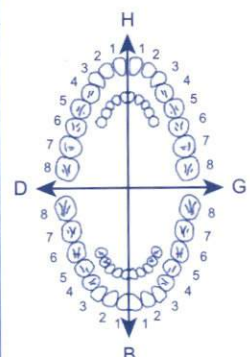
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est libre 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 d

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																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Docteur Siham BENALI OUMJOUD  
Médecine générale  
Diplômée de la Faculté de Médecine et  
de Pharmacie de Rabat

الدكتورة سهام بن علي امجوض  
الطب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

SAB, le

55.00

① - Amoxiclav 1 g of  
1 cp x 3 fois / j p 21

39.70

② - Fucidine 2% cream  
1 - app x 3 fois / j

40.50

③ - Tardyferon 80 mg  
1 cp x 2 / j

22.20

④ - Codalgin 100 mg  
1 cp x 3 fois / j

30.00

⑤ - Alcool 70% spray  
1 pulv x 3 f

35.00

⑥ - Kardegic 160 mg  
1 cp x 3 fois / j

75.50

⑦ - Sterimar  
1 flacon

298.60

Dr. Siham BENALI OUMJOUD  
Médecine Générale  
Hay Nasser - Sidi Allal Bahraoui  
0537 52 01 01

55.00  
PPV: 55.00 TH  
LOT: 623692  
PER: 08/21

Fucidine® 2%  
crème Tube de 15 g  
39.70

6 118001 103041  
Tardyferon® 80mg  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI  
40.50

22.20  
PPV: 22DH20  
01/22  
3098

6 117050 213480  
PPC 30.00 DH  
LOT 301043  
EXP 01/2023 30.00

LOT 75.50  
FE92128  
M: 2019-07  
2022-07

LOT: 9MA080  
PER: 10/2020

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 35DH70

6 118001 081189

132, Hay Nasser, (Près de la Mosquée Nasser)  
Sidi Allal El Bahraoui

134, حي النصار (بالقرب من مسجد النصار)  
د. علي علان البحراوي