

# 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.

## Radiologie 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.

## 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](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- 055712

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAM.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. HAMDI MUSTAPHA  
Date de naissance : 01/01/1951  
Adresse : 5, Rue Kaabi JASS App. N°6 DAARIF  
Tél. : 06 70642860 Total des frais engagés : 1580,50 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : JAWHARI Age : 50 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA - Diabète - obésité  
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 : 27/09/2020  
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
16.9.20	Ch	-	2000	[Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DE LA MOSQUEE</b> <b>Dr NABIL</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca</b> <b>Tél 05 22 08 47 73</b>	16.9.20	1380,50 DH

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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>H</td> <td></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>B</td> <td></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																	
			MONTANTS DES SOINS															
	<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



MEDECINE GÉNÉRALE  
sert assermentée près des tribunaux

خبرة محلفة لدى المحاكم

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12.5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12.5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12.5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Nom: JAWHARI Youssef

Casablanca, le: 16.9.2020

1) Ca. A. parol 160/12.5  
19 de

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12.5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

(134,30 x 4)  
537.20

2) TAHOR 20  
19 de

TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40  
6 118000250807

TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40  
6 118000250807

(103.40 x 3)  
310.20

3) flucofuge 880  
19 3 f. 17 de

TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40  
6 118000250807

(48.20 x 2)  
96.40

4) Alf 103  
19 de

PHARMACIE DE LA MOSQUEE  
Dr. NABIL  
Docteur en Pharmacie  
5, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca  
Tél. 05 22 25 28 07

(35.40 x 3)  
106.20

5) Floxac 500  
29 de

116.40

6) Hexa di  
19 3 f. 1 de

(14.00 x 2)  
28.00

7) Sofia  
19 3 f. 1 de

(27.50 x 2)  
55.00

8) Dill  
115 3 f. 1 de

(25.00 x 2)  
50.00

9) O. can e fat  
19 3 f. 1 de

19.60

10) D. di. blue  
19 3 f. 1 de

(18.30 x 2)  
36.60

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E06  
EXP: 05/2023

27,50

27,50

LOT 191929 1  
EXP 09 2022  
PPV 35,70

LOT 201589 1  
EXP 07 023  
PPV 35,70

LOT 201589 1  
EXP 07 023  
PPV 35,70

إكزوميدين<sup>®</sup>  
محلول

14,00  
قارورة 45 مل

محلول

14,00  
قارورة 45 مل

PPV 116DH40 LOT 96029 3  
EXP 09/2021

**FLOXAM<sup>®</sup>**  
Flucloxacilline

500 mg 24 gélules

45,20

45,20

PPV (DH): 25,00

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH): 25,00

LOT N°:

UT. AV.:

18,30  
PPV 18DH30  
PER 10/22  
LOT 12222

18,30  
PPV 18DH30  
PER 10/21  
LOT H2253

27,50



☒ **valable 3 mois**

Le 16/9/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

THABANI Yacine

Présente

Diabète insulino dépendant

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois

HTA

Shreef  
Docteur - THABANI

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-24 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Jr. Kabbaj Bencherif Notaire  
MEDECINE GENERALE  
65, Rue Hassan II  
(Face au Palais de Justice)  
Tél. 0522-22-78-15  
Fax 0522-22-78-18