

# 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.

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Pharmacie :

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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- 052312

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAATOULI Q. U. I. Mohamed  
 Date de naissance : 1956 - Casablanca  
 Adresse : 67 Rue 105 N° 6 OULFA  
 Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 379,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 14 / 08 / 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE POLYCLINIQUE</b> <b>Dr TIR Abdelaziz</b> 50, Rue My Thang - Hôpital Hassani Tél: 022 90.21.67 - GASA	14.8.2020	379.60

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		MONTANTS DES SOINS
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Rachida KERROUM**

**Spécialiste en endocrinologie  
diabétologie, Maladies métaboliques,**

(Diabète - Goitre - Hypertension artérielle -

Cholesthérol - Troubles de la croissance -

Pathologie surrénale et hypophyse)

Casablanca, le :

**الدكتورة رشيدة كروم**

**أخصائية في أمراض الغدد**

**و السكري والأمراض الأيضية**

**(مرض السكري - الغدة الدرقية - الضغط الدموي**

**كوليسترول إختلالات النمو - الغدة النخامية)**

الدار البيضاء في

09/07/2022

Dr. Rachida

Mohamed

63,30

63,30

10/28

83,10

83,10

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
ZI Zénata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.F.V : 185.70 DH



6 118001 183111

PHARMACIE LE PRINTEMPS

Dr. AH JARMOUNE

05 22 44 22 79 / 06 61 07 34 97

159, Angle Av Des F.A.R

PPV 22DH40  
EXP 06/2022  
LOT 25012 1

IPRADIA LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libé-  
r prolongée

PPV : 25.10 DH



6 118000 023517

Dr. Rachida KERROUM  
Spécialiste en Endocrinologie  
diabétologie, Maladies métaboliques  
Avenue Abou bakr El Kadiri, Résidence Ahfad,  
Imm. E N° 2 - Sidi Maârouf, Casablanca  
Tél. 05 22 78 05 89 / 07 07 71 53 14

شارع أبو بكر القاديري، إقامة أحفاد عمارة E رقم 2 سيدي معروف - أولاد حدو - الدار البيضاء  
Avenue Abou bakr El Kadiri, Résidence Ahfad, Imm. E, N° 2 - Sidi Maârouf  
Ouled Haddou, Casablanca - Tél.: 05 22 78 05 89 / 07 07 71 53 14



# صيدلية المصحة

## Pharmacie Polyclinique

58, Route Moulay Thami - Casablanca

(Mazola, Hay Hassani)

Tél. : 0522 90 21 67

GSM : 0661 33 20 87

R.C: 173955

T.P.: 35012475

I.F: 51469100

C.N.S.S: 1120039

ICE : 001527269000086

Casa le:

M. J. Lolo

FACTURE N° 001581

M. Maatougui NOUAMER.

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNIT.	TOTAL
01	Trinitagide	63 30	63 30
01	Tenormine	83 10	83 10
01	Gestor 10	185 70	185 70
01	Ascardyl H	22 40	22 40
01	Elradisyl	25 10	25 10
			379 60

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr TIR ABDELRAZAK  
58, Rte Moulay Thami - Hay Hassani  
Tél: 022 90 21 67 - GSM