

# 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.

## 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

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- 049679

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 996 Société : 219 169

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHARTA Fatima Z. HOUTI

Date de naissance : 1938

Adresse : 18, Rue de Tanger (A9) Cas

Tél. : 06/61/33/60/80 Total des frais engagés : 756,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie L. Durée

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Arthralgie

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 : 20/7/2020

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

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/7/20		756,20

### 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 :**

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR SAÏD RAMY**  
**Spécialiste**

Diplômé de la faculté de Medecine de Clermont  
Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux  
de France

Enseignant à la haute Ecole  
de Kinésithérapie (H.E.K)

**Rhumatologue**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et  
Colonnes vertebrales  
Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الراسي  
اختصاصي

خريج كلية الطب بكلمون فيران فرنسا  
طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالمدرسة العليا  
للترويض الطبي

أمراض الروماتيزم

العظام المفاصل العضلات

العمود الفقري والرجل

الفحص بالأشعة

Casablanca, le 22/7/20

149,50  
KOUTI PATIA

149,50  
Cura (SV) 1 capsule 3 min

51,50 x2  
Deflogante (SV) 6mg 1 capsule 3 min

136,50  
Alyse 25 (SV) 2 gel au coucher 3 min

96,00 x2  
52,50 BASAC 20 (SV) 1 gel 3 min

43,90 x2  
Alcina 10mg (SV) 1 capsule au coucher

87,40  
756,20 ch repas 20 3 min

87,40

Lot: PJ1072A  
Per: 09/2023  
PPV: 51DH50

Lot: PJ1072A  
Per: 09/2023  
PPV: 51DH50

PPV: 136DH50  
PPV: 136DH50

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-1

PPV: 52DH00  
PER: 08/23  
LOT: J4943

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2

LOT 191585  
EXP 10/2022  
PPV 43.90DH

LOT 191585  
EXP 10/2022  
PPV 43.90DH

PHARMACIE CAMPING DE TAMARÉ  
AOUTNIL EL ICH  
Diplômée de 1<sup>er</sup> degré  
19 Rue Azemmour Angle Route Tamaré  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél: 05 22 33 00 63

GSM: 0661 42 78 23

0522 26 68 78 : الهاتف : 6 المركز التجاري ترفيق الدار البيضاء - الطابق الثاني رقم 39 زنقة عمر السلاوي  
39, Rue Omar Slaoui 2<sup>ème</sup> étage N°6 Centre Commercial Taoufik - Casablanca Tél/Fax : 05 22 26 68 78  
E-mail : saidram@hotmail.fr