

## 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 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 conseil de la mutuelle.

### 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 066724

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAKHI BRAHIM

Date de naissance : 1953

Adresse : Résidence ATTADAMOUN - Rue 7 - N°15

EL LOUAA -

Tél. : 0663199981 Total des frais engagés : 492,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : ESSAKHI BRAHIM Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Le : 17 / 11 / 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
17/11/12	com		15,70	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SARANAZ</b> S.A.R.L.A.U. 140 Lot 5miralda L. 5955fa 25 - blan... Tél/Fax : 05 22 65 20 07	17/11/12	342,40 sm

# 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 :

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

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 CEEFFICIENT 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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUT

Docteur Majda Benboujida

Médecin Généraliste

Echographie Générale

Ancienne interne des hôpitaux



الدرتورة ساجرة بنبوجيدة

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بالمستشفيات

Casablanca, le : 17/11/20

ESSAKHI BRAHIM

2x8/17

x2 Cardenal 5 (3ml)

3x13/10

- Cewlhy 5 (3ml)

3x24/10

- Cewlhy 5 (3ml)

3x27/10

- Dipeptidic 5 (3ml)

3x24/10

- 1 gr x 2

05 22 65 05 35 : الهاتف - الدار البيضاء - (أمام سوق القصب) 1 - ليسانسافا 318 - شارع الأطلس، زنقة جبل ميشليفين رقم 318 - Casablanca - Tél : 05 22 65 05 35

Avenue Atlas, Rue Jabal Michlifien, N°318 - Lissasfa 1 - Casablanca - Tél : 05 22 65 05 35

6 118001 100873  
**Cardensiel® 5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873  
**Cardensiel® 5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg.**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg.**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg.**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg.**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862103242

**Diprosalic®**  
pommade

6 118000 050186

LOT: 617  
PER: JAN 2023  
PPV: 37 DH 60

**Diprosalic®**  
pommade

6 1180 00 050186

LOT: 617  
PER: JAN 2023  
PPV: 37 DH 60

**Diprosalic®**  
pommade

6 1180 00 050186

LOT: 565  
PER: JAN 2022  
PPV: 37 DH 60