

# 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.

## Pathologie 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 est à joindre à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

## 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



ND: 49.694

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013053

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 507 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : TOUJILE MOSTAFA Date de naissance : 10/11/1944  
Adresse : HAYAT ROBB. Résid. EL FATA IMM. N°6 CAS  
Tél. : 05 22 17 15 45 Total des frais engagés : 384 00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 20 NOV 2020  
Nom et prénom du malade : TOUJILE MOSTAFA Age: 76  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : *af. hypertension*  
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 : *CAS*  
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
20 NOV 2020	C		100 000	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2020	254,60 Dh

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

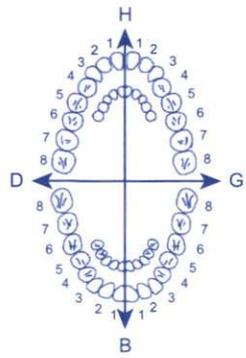
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

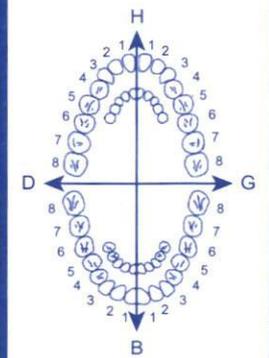
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		



**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

Dr. Hassan BELKOUK

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'echographie  
Générale de la F. M. C

Diplôme d'Expertise  
Médicale de la F. M. C

MEDECINE GENERALE

Tél: 05 22 75 07 38

الدكتور حسن بلكوك

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي  
ابن رشد بالبيضاء

دبلوم الفحص بالصدى كلية  
الطب بالبيضاء

دبلوم الخبرة الطبية  
كلية الطب بالبيضاء

الطب العام

الهاتف: ع. 05 22 75 07 38

Casablanca, le : 20 NOV 2020 في البيضاء

مريض

مستشفى

1/ Vaxigrip 125,30



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
VaxigripTetra 16 µg/0.6  
sol 17j b1  
P.P.V : 125,30 DH



2/ Fluorac 100

189,3



284,60 DH



Dr. BELKOUK Hassan  
ECHOGRAPHIE  
OMNIPRATICIEN  
144, Hay El Qods Bd.(H) Sidi Bernoussi  
Tél 05 22 75 07 38 Casablanca

PHARMACIE CHOFRANE  
DR. HASSAN BELKOUK LAÏLA  
Rue 2 N° 116 bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

شارع نابلس الرقم 144- حي القدس - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard NABOULS N°144, Hay EL QODS - Sidi Bernoussi - CASABLANCA



Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Région	
Povince / Préfecture	
Commune / Ville	

Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance

Nom et Prénom	Toufi le Mostafa	
Sexe	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Age	76	
CIN	B 428183	
Adresse	has Guds Ros le foyr, AL mards PK.6 Baïmouzi	
Tel	06 73 19 15 45	

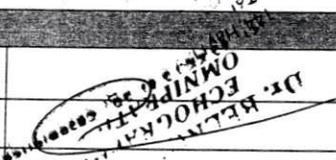
Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Information sur le vaccin contre la grippe

Date de dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
20/11/20	Teetax	U2K57 1V	2/11	

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc (CAMP) par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: capm@capm.ma

Vaccination

Médecin prescripteur	
Lieu de vaccination	
Vaccinateur (cachet)	
Date de vaccination	20 NOV. 2020