

# 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.

## Prothèse 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](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° P19-0029705

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00233 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MATAZI RADIA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : LOT. Des Palmes, E10 CIL Casablanca

Tél. : 06 72 54 83 59 Total des frais engagés : 844,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimouza Hay Erraha  
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Date de consultation : 05 NOV 2020

Nom et prénom du malade : MATAZI RADIA Age: 68

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

Nature de la maladie : polyarthralgie

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 : 11 DEC 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
05 NOV 2020	NG	01	200,00	Dr. SADIK FOUZIA Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Minouza Hay Ezzahra  
Tél: 05 22 36 58 81 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Prix Montant de la Facture
03/11/2020	644,80	PHARMACIE LONGCHAMP RABAH TAZI BENLAMLIH Rue Tadjouane C.M. - Casse 74 05 22 36 47 51

Pharmacie LONGCHAMP  
Rue TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouze C.M. - Casa  
Tel. 06 22 36 67 91

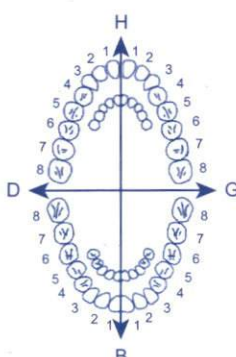
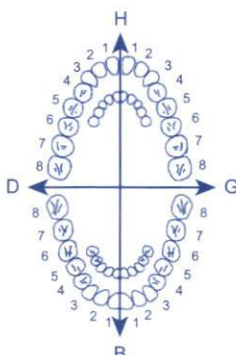
[illegible][illegible]

## 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 style="width: 80px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>													
<div style="text-align: center;"> <b>O.D.F</b>  <b>PROTHESES DENTAIRES</b> </div> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de**

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
<p>The diagram shows a frontal view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 from the midline outwards on each side. The upper arch is labeled 'H' at the anterior end and 'B' at the posterior end. The lower arch is also labeled 'H' at the anterior end and 'B' at the posterior end.</p>	<b>H</b>  25533412    21433552 00000000    00000000 <hr/> 00000000    00000000 35533411    11433553 <hr/> <b>B</b>	<b>G</b>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412  
00000000

2	21433552
0	00000000

□

00000000  
35533411

0	00000000
1	11433553

E

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22 36 58 91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104, زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 58 91

PHARMACIE LONGCHAMP  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouze C.M. - Cas  
Tel : 05 22 36 58 91

03 NOV. 2020

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء ، في

M<sup>lle</sup> MATAZI Ep KREIM RADIA.

56,60 Diprostene 101

GAPREX® 25 mg  
60 Gélules  
LOT 207154 EXP 06/23  
PPV: 109DH20

109,20 Gaprex 25mg 61.37

COLTRAMYL 4 MG  
CP B12

49,40 Colbramy 1 gell 2

49,40

2 cr 2 fus

NOPOROSE® 35 mg  
4 comprimés pelliculés  
LOT 204808 EXP 04/24  
PPV: 194DH60

194,60 Noporoze

96,00 1 cr 101 femare

DONA® 1500 mg  
Poudre pour solution orale  
Boîte de 30 sachets

139,00 Belmazol 1 gell

Lot: 1901105  
EXP: 02-2022  
PPV: 139,00 DH

644,80 Dona 1 sachet

PHARMACIE LONGCHAMP  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouze C.M. - Cas  
Tél : 05 22 36 58 91

LOT :

EXP :

PPV :

96,00



611 800115 013 7  
IPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V. : 56,80 DH  
MM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

O