

# 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.

## Diagnostic 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° P19-0021386

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MARY Abdelkhalik Date de naissance :  
Adresse : MA 250 Deron  
Tél. : 0638533001 Total des frais engagés : 681,9 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/2020  
Nom et prénom du malade : M. GRY ABIL / KB: Age:  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Infection V. M. / Gonorrée de l'urètre  
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 : 21/11/2020  
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
26/11/2020	CS		125 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE MORCH  
LOT DERWA N° 2000A  
05 22 51 51 90

26/11/2020

681,50 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

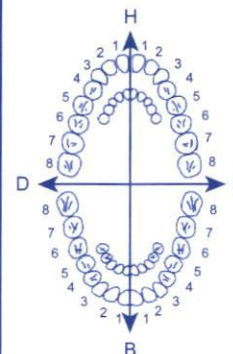
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'exécution.

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552  
00000000 00000000

D

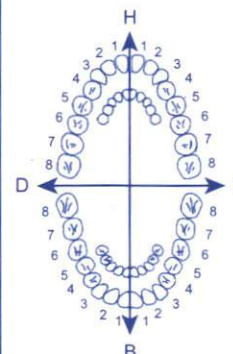
G

00000000 00000000  
35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

# Dr.Smail MALKI

## Médecin général

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Périphérique de Berrchid.



الدكتور إسماعيل المالكي  
طبيب عام  
خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي  
ببرشيد

### ORDONNANCE

DEROUA, le : 26/11/2023

N° MARARY AB.1113.R

314,10  
3x104,70

TRICEF 1g

166,40  
2x83,20

Spectrum 500

60,40

Dindur 5mg  
1 sup / 8m

65,20

Bicardogen 1g

45,40  
2x22,70

Bol Cutana 100ppx2g

30,00

681,50

Signature: k. left 20mg

PHARMACIE MORSLI  
LOT DERWA N° 20 ONA  
05 22 51 51 90

104,70

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 03/2023  
LBT 90023 4

104,70

LOT:

PER:

PPV:

22,70

104,70

LOT:

PER:

PPV:

22,70

LOT 191342  
EXP 04/2022  
PPV 30.00DH

LOT:

PER:

PPV:

22,70



**BI-ORAGIN®**

1,5 MUI/250mg

16 Comprimés enrobés sécables



6 118000 140962

Ⓜ

# بي-أوراجين

سبيراميسين 1500000 وع - مترونيدازول 250 ملغ

16

قرصا ملبسا  
قابلا للتجزئة

LOT: 7533  
PER: 07/23  
PPV: 65,2014

ER  
FARMA

LOT 200546  
EXP 04/2023  
PPV 83.20DH

200546  
04/2023  
83.20DH

SOIR

MIDI

MATIN

DUJOUR



Voie orale

500 mg

Spectrum®