

# 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](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° P19-0048378

N° 15 167

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHRAIBI Faïçal  
Date de naissance : 1949  
Adresse : 121 rue attaplamome  
Rue 6 N° 57 Oulfa CAS  
Tél : 0666 198568 Total des frais engagés : 194,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : CHRAIBI Faïçal Age : 70  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : In stable  
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 : / /

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
			CT	Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid PR. ASS. MEDDAR Abdeljalil Urologie 09177568

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOPHIA Mme Benbrahim Ep. Slouani 214, Bd. Ibnou Sina - CASA Tél: 0522 36 01 64	01/11/19	294.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

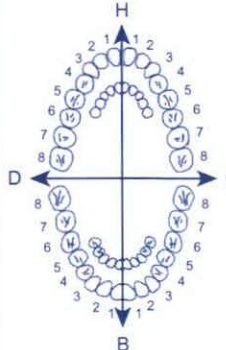
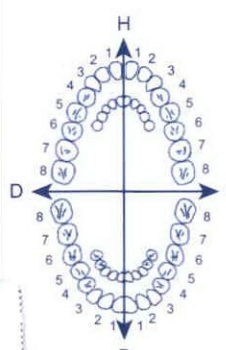
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

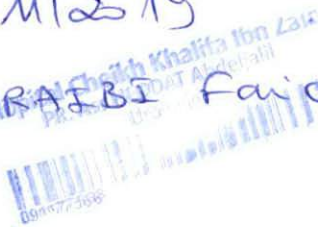
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 21/11/2019

M. CHRAÏBI Faïçal



98.00 x 3

294.00 Tamsulosine



1 gel / j

3 Boîtes

صيدلية  
PHARMACIE SOPHIA  
Mme. Benhabib Ep. Slaoui  
214, Bd. Hassan II - CASABLANCA  
Tél: 0522 36 01 64

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïr  
PR. Ass. HED. Dr. Abdeljalil  
Urologie



عن طريق الفم

30 كبسولة ذات تحرر متدرج

ZENTIVA  
A SANDOZ COMPANY

تَمْسِيلُوزِين

تَمْسِيلُوزِين وَين<sup>®</sup> ت.م.

0,4

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترام المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 9MA017  
PER.: 08 2021

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



الصيدلانية / PHARMACIE - HORMONES / HORMONES - POSOLOGIE / POSOLOGIE

MATIN / صباح

MIDI / زوال

SOIR / مساء

PERMS / الرخصة



عن طريق الفم

**zentiva**  
A SANDOZ COMPANY

30 كبسولة ذات تحرر متدرج

تَمْسِيلُوزِين

تَمْسِيلُوزِين وَين<sup>®</sup> ت.م.

0,4

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 9MA017  
PER.: 08 2021

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30



P.P.V : 98DH00



الصيدلانية / PHARMACIE - HORMONES / هورمونات - POSOLOGIE / جرعات

MATIN / صباح

MIDI / زوال

SOIR / مساء

PREPAS / زجاجة



عن طريق الفم

**zentiva**  
A SANDOZ COMPANY

30 كبسولة ذات تحرر متدرج

تَمْسِيلُوزِين

تَمْسِيلُوزِين وَين<sup>®</sup> ت.م.

0,4

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 9MA017  
PER.: 08 2021

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30



P.P.V : 98DH00



الصيدلانية / PHARMACIE - HORMONES / هورمونات - POSOLOGIE / جرعات

MATIN / صباح

MIDI / زوال

SOIR / مساء

PERMS / الرخصة