

## 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.

### Radiologie 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)

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° W19-493108

**MD= 18088**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3186** Société : **RAM (Retraite)**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **NABRI Hamid**

Date de naissance : **10-11-1953**

Adresse : **habituelle**

Tél. : **0660655191** Total des frais engagés : **20006 DH** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : **CASA**

Le : **14/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

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
14 JAN 2020	C		200 HT	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	14/01/20	1805,16

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté ✓  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الزول

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 174 JAN 2020

الدار البيضاء، في :

1 - Co Amovel 300/12,5 x 46ks  
239,- 45 1 g/1/5 (S.V.)

2 - Voltaren 100  
52,- 144h (S.V.)  
66,80

3 - Relaxol 500  
53,10 1 g/1/5 (S.V.)

4 - Arcoxia 90 mg  
268,- 1 g/1/5 (S.V.)

5 - Profler 41,70 1 g/1/5 (S.V.)

6 - Myantalgi (S.V.)

LOT: M0825  
EXP: OCT 20  
PPV: 52,00

LOT: M0138  
EXP: SEP 2022  
PPV: 66,80 DH

LOT: 8MA110  
PER: 10 2021  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.P.V: 268,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 453/16DMP/21/NTD  
6 118001 160051

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés  
PPV 300DH00  
EXP 07/2021  
LOT 94043 4

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - هاي Hassani - الدار البيضاء - الحسني. 301

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88; الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

7- Nagmini

99, -

1805,6



751 09 22  
LOT PER  
Prix 99,00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V : 239,00 DH



5 118001 081035

22 90 97 66

سعيد الخزرجي  
دكتور في الصيدلة  
مستشار في الصيدلة  
مدير الصيدلة  
09 10 49 10 49

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28

P.P.V : 239,00 DH



5 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V : 239,00 DH



18001 081035

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V : 239,00 DH



5 118001 081035

PHARMACIE NASRI  
Dr. Rachid NASRI  
75bis, Bloc 2 Cité Communale  
Hay Hassani-Casa  
Tel 022 93 28 72