

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-504127

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **18225**

Matricule : **8495** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) **ESALH** ☐ Autre : **ABDE LAZIZ**

Nom & Prénom : **14 MOU 1965**

Date de naissance : **14 MOU 1965**

Adresse : **HYASTRAILLE**

Tél : **0665 2385 16** Total des frais engagés : **600** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **MUPRAS**  
**28 JAN. 2020**  
**ACCUE**

Date de consultation : **24/12/19**

Nom et prénom du malade : **ESALH** **ABDE LAZIZ** Age : **54**

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

Nature de la maladie : **syndrome fuyant**

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 : **ABDE** Le : **24/12/19**


Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

**[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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 7/12/2019       | 9                 | 1                     | 200,90                          | INP : 10109132   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien de l'ordonnateur   | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 24/12/2019 | 200,90                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# VOLET ADHERENT

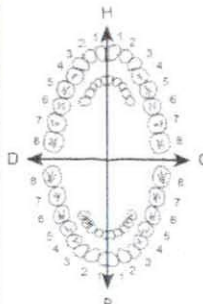
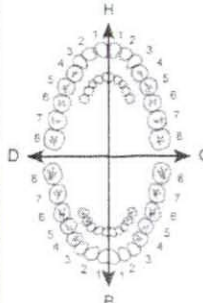
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|--|--|------------------|-------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------|
|   |  |                  |                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         | FIN D'EXECUTION [ ]                           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |                         | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|  | H  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | 25533412   | 21433552         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | 00000000   | 00000000         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | D  | G                |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | 00000000   | 00000000         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | 35533411   | 11433553         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | B  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | [Création, remont, adjonction]   |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                         | DATE DU DEVIS [ ]                             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  | DATE DE L'EXECUTION [ ] |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Youssouf LAMRANI**  
**PEDIATRE - ALLERGOLOGUE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

C.E.S de Pédiatrie et Puériculture  
DU Immunologie Allergologie



الدكتور يوسف الأمراني  
اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
وأمراض الحساسية (الضيق)  
خريج كلية الطب بباريس

24/12/2019

ESSALHI MARWA

Pds : 64,5 Kg Age : 13 a et 4 m

79.70

**1- AZIX 500MG**  
pendant 3 J , 1 cp/j

Lot: 190592  
consommer avant le: 09/2022  
PPC: 79,00 DH

**2- DOLIPRANE CP 500 EFF**  
pendant 3 J , 1 cp/6h si céphalées ou fièvre

**3- APIXOL ADULTE**  
Pendant 10 j , 1 cm 3x/j

**4- TOBREX COLLYRE**  
pendant 10 jours , 1 goutte dans chaque oeil 6 fois par jour

PPV 15 DH 80  
PER 09/22  
LOT 11959  
S1  
16,80



79.70  
PPV 79 DH 70  
PER 07/22  
LOT 11843