

# 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

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



18792

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015066

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1110 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAARIN LARBI Date de naissance : 01/01/1956  
Adresse : RUE N° 8 HAY ELHOUDA BEPPECHID  
Tél. : 0661139022 Total des frais engagés : 1424,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 / 11 / 19  
Nom et prénom du malade : EL FAROUKI MALIKA Age : 63 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète - Hypothyroïdie  
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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 15 / 11 / 2019

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
15/11/19	C		9	Dr. OUMAIMA EL ISIOLOUE PNEUMOLOGUE

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

صيدلية  
Pharmacie Mosquée Ried  
Dr. Sinan TAMIR  
N° 1-2 Mosquée Ried  
Ried (A côté du Stade Sportif) Boucha  
Tél / Fax: 05 22 33 68 22

# 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

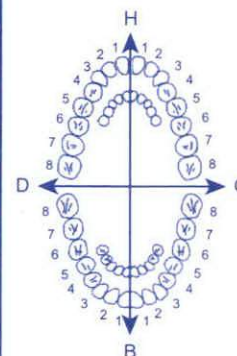
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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 00000000 00000000 G  
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

ROYAUME DU MAROC

MINISTRE DE LA SANTE

REGION DE LA SANTE CASABLANCA-SETTAT

DELEGATION DE LA SANTE BERRECHID

HOPITAL PROVINCIAL BERRECHID

Berrechid le : 17/11/19

صيدلية مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée Riad  
Dr. Siham TAMIMI  
N°: 1-2 Mosquée Riad  
Hay Riad (A côté du Stade Sportif) Casablanca  
Tél / Fax: 05 22 33 68 22

Ordonnance Médicale

Mr EL FAROUKI MALIKA

399,002  
GALVUS MET 50/1000 mg.

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

24,40x3 Levothyrox 100 µg

13,40x4 Levothyrox 50 µg

6,80x2 Levothyrox 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 13,40 DH

Levothyrox 25 µg

24,40x3 Levothyrox 100 µg

13,40x4 Levothyrox 50 µg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

611 800110202 0  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 24,40 DH  
6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 24,40 DH  
6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 24,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 13,40 DH  
611 800110201 3  
Levothyrox® 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 13,40 DH

611 800110201 3  
Levothyrox® 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 13,40 DH

24,40x3 Levothyrox 100 µg

13,40x4 Levothyrox 50 µg

24,40x3 Levothyrox 100 µg

13,40x4 Levothyrox 50 µg