

# 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.

## Biologie 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.

## Maladie chronique :

- 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](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- 0032764

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société : 24311

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAKHACHACHI SANAA

Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY AL WALDA TR6 Se 1 IM 1 APP 124 Sidi M

Tél. : 06-67-67-4460 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farida D'KHISSY  
Généraliste  
Res. Attacharouk Tr 5  
Secteur 1 Imm 2 - 1er Etage  
Tél: 0522 71 61 31 - Casablanca

Date de consultation : 30/01/20

Nom et prénom du malade : Oua Khachachi Sanaa Age:

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

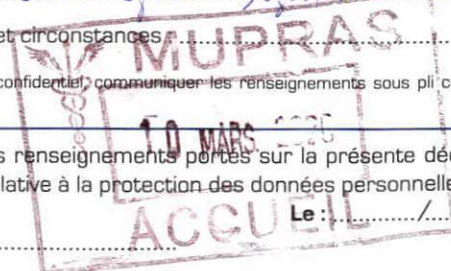
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : Cor 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/01/13        | L                 | 1                     | 100 DH                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 30/01/2013 | 27312                 |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| 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  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <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  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                     | 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 D'KHISSY Farida

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE

Gynéco-Abdomen

OSTEOPATHIE

Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

Diplômée en Médecine du Travail (Rennes)

Diplômée en Métrologie (Amiens)

Casablanca, le 30/01/20

الدكتورة الدخيسي فريدة

الطب العام

الفحص بالصدى

تجبير العظام

أمراض السكري

خريجة كلية الطب بمونبولى

الدار البيضاء في

Mme Chouf Samir  
ou akhchachi

126.30 1) Augmentin 1g sachet 1x12s

1x2/1

14.100 2) Doliprane 1g r<sup>ts</sup>

1x3/1 Daxenon

n° 4785 ou 4786

35.70 3) Tobradex Collyre 5

1x12s 2/1

48.40 4) Gaviscon sphères

1x3s 3/1

1/2 heure 5x après Daxenon n° 460

TBR

Dr. Farida D'KHISSY  
Généraliste


Rés. Attacharouk Tr 5

Secteur 4 Imm. 2 - 1er Etage

Tél: 0522.71.61.91 - Casablanca


التشارك - شارع محمد الزفزاف - ق5 - م1 - عمارة 2 - الطابق 1 - سيدي مومن - الدار البيضاء الهاتف : 05 22 71 61 91  
Attacharouk, Bd Med Zafzaf - TR 5 - Sect. 1 - Imm. 2 - 1er Etage - Sidi Moumen - Casablanca - Tél. : 05 22 71 61 91




5) Normogastrol 

12.00

1 g x 2 / 1 An 30 ni Ben

Hexamedia Trusaba   
repliat x 2 g -

14.00

Baycutene Lina   
repliat x 2 / 1

22.70

273.10

Dr. Farida D'KHISSY  
Généraliste  
Rès. Attacharouk Tr. 5  
Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etage  
Tél: 0522.71.61.91 - Casablanca

PPV: 126,30 DH  
LOT: 608408  
PER: 10/20

PPV: 14DH00  
PER: 04/22  
LOT: I902 14.00



6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex collyre en suspension, 0.1%  
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI  
PPV: 35,70 DHS 406833

إكزوميدین  
محلول  
14.00

NORMOGASTRYL  
PPV 120H00  
EXP 05/2023  
LOT 92046 1

LOT: 22/70  
PER:  
PPV:

Bien agiter avant usage.  
Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des  
marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM No 104/14 DMP/21  
PPV: 48 DH 40

BN 828382  
DOM: 10/2018  
EXP 10/2020  
3042447

6 118001 151479