

# 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)

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 - 5ème 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)



MUPRAS  
RECEPTION 9

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0017159**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4217 Société : 21879  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KAHALLIA MUSTAPHA Date de naissance : 12/14/1974  
 Adresse : 12 PASAGE 13 HAY TISSIR 2. BERCHID  
 Tél. : 0633493855 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. LAABOURIN  
Traumato-Orthopédie  
87, Bd. My Ismail - Berchid  
Gsm: 0661 32 50 00  
Tél: 091 087 452

Date de consultation : 19/02/2020  
 Nom et prénom du malade : Mr. Mustapha Kahallia Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : L'amblyopie. fissure aneur.  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non  
 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 : 19/02/2020  
 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
19/02/2020		C2	309,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/02/2020

320,90

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

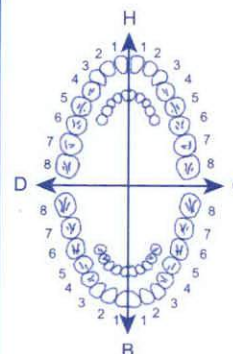
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[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



Docteur A.LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de Sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

إختصاصي في جراحة وتقويم العظام  
الطب الرياضي

Pharmacie de MEDINE  
Dr. JAI Yasmina  
N° 85 Rue de Medine - Berrechid  
Tél : 06 61 32 50 33  
Fax : 06 20 20 77 1

Berrechid, le

19/02/2020

Mr Mustapha Ka Hallahia

30,00

- Sedalgie

1 x 3

15

53,10  
- Reluxal

1 x 3

15

H 2 h.

28,80

- Vitanerol Fort

2 x 2

15

15

110,00

- Avagum 400

1 sachet

99,00

- Relaxin 375

1 au coucher

15

T = 320,90

87, شارع مولاي إسماعيل - برشيد - المحمول : 06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34



8      10      12      16      18  
 - Sattel      Relux.      S      R      S  
 - Arcoxia 90 (12)  
 - Euzol 18

الحمد لله الذي هدانا لهذا

الدوايح ١ - ٢ - ٣

3x الکات — 1

LOT : 19E001  
PER: 06 2022

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10

  
6 118000 060833

110,00

PPV

LOT

PER

28,80

LOT: 191461  
PER: 09-21  
PPV: 30,00DH

RELAXANT

LOT: 190342  
DLUO: 10/2022  
99,00DH

Lebarteiros, Dava Pharmaceuticals

Pharmacie de MEDINE  
D.D. Al-Yasmina  
Rue de Medina - Berechid  
N° 33  
Tél: 062020771  
Fax: 062020771