

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-465076

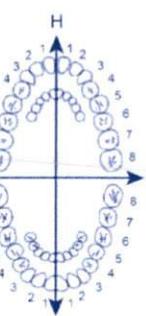


<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>7665</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Actif</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre</b> :			
Nom & Prénom : <b>GYM ABDELLAH</b>			
Date de naissance : <b>19-02-62</b>			
Adresse : <b>LOT HAF FATEH RUE 5 N° 162 EL OULFA CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0661 159851</b> Total des frais engagés : <b>..... Dhs</b>			
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <b>07/12/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>FIR Gym ABDELLAH</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>			
Nature de la maladie : <b>Maladie</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <small>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.</small>			
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 : <b>CHAMACA</b> Le : <b>07/12/2022</b>			
Signature de l'adhérent(e) : 			

**MUPRAS**

**ACCIDENT**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
100-110			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														
D	G														
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

Docteur Widad El Khadraij

الدكتورة وداد الخضراء

Médecine Générale  
Echographie



الطب العام  
الفحص بالصدري

Casablanca, le

07/12/2026  
دار البيضاء في

نر GYN ABDELLAH

437.00 x 3

11 - Janumet

70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH !

70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH !

78.75 x 3

21 - Diamicron

DEMANZA

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg  
60 comprimés



6 118001 130153

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg  
60 comprimés



6 118001 130153

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg  
60 comprimés



6 118001 130153

3) - Imexium 20

H

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

84015DMP/21/NRQ P.P.V : 82,10 DH

Barcode: 6 118001 020591

حي الوفاق 3 زنقة 65، رقم 59 الألفة - الدار البيضاء  
EL OULFA - CASABLANCA (Près de Pharmacie Al Wifak)  
Phone : 0522 891 927 - 0612 220 620

41 - Flixonase

123.60

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 123.60 DH  
ID : 637164  
6 118001 140299

rigide noir  
III de 3m

1752.80

IS

DR EL HADDOUKI + FILS  
Casablanca  
Boulevard Hassan II, 10  
Casablanca  
Tél: 0522 93 10 28

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA

Lots. Haj Fatah Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

N 2

V 2

— —

— —

DR EL HADDOUKI + FILS  
Casablanca  
Boulevard Hassan II, 10  
Casablanca  
Tél: 0522 93 10 28