

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063424

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 036M Société : RAM 64309

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RASSIME AHMED

Date de naissance : 25/11/1962

Adresse : Résidence EL WAHDA, IMMBE, Apt 2B

Tél. : 0673717452

Total des frais engagés : 725,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelilah SAMI  
Professeur de Neurochirurgie  
44, rue des hôpitaux (face aux urgences  
Ibn Rochd Morizgo) - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 42

23 Mars 2021

ACCUEIL

Date de consultation : 03/03/2021

Nom et prénom du malade : EL HADJAH SAMI Age : 58 ans

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

Nature de la maladie : Neurochirurgie

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 : Casa Le : 09/03/2021

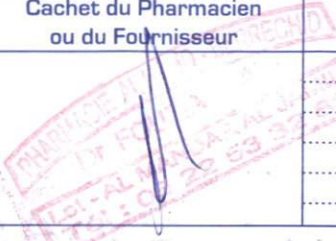
Signature de l'adhérent(e) :



# 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 Règlement des Actes
03/03/2021	...	...	300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/21	436,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

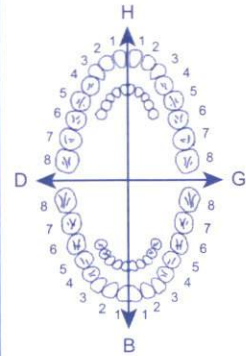
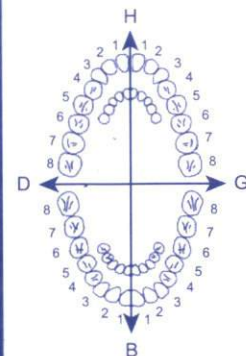
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Abdelillah SAMI

Professeur de Neurochirurgie  
à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Spécialiste des Maladies du Cerveau  
et de la Colonne Vertébrale  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de la Bretagne Occidentale - France



الدكتور عبد الإله السامي

أستاذ في جراحة الدماغ  
و الأعصاب و العمود الفقري

حاصل على شهادة جراحة الدماغ  
و الأعصاب ببريطانيا الغربية بفرنسا

Casablanca, le

09.03.2021

الدار البيضاء، في

Mme EL HAYANY Aicha

1 ISOX 200 MG

2 le soir, après le repas, pendant 20 jours.

2 PRINCI-B FORT

1 comprimé le matin et le soir, pendant 1 mois.

3 ANDOL 500 MG

1 comprimé le matin, à midi, à 16h et le soir. en cas de douleur

4 DULASTAN 500 MG

1 Comprimé le matin, à midi, à 16h et le soir.  
En cas de douleur

Professeur Abdelilah

Docteur Abdelillah SAMI  
Professeur de Neurochirurgie  
44, rue des hôpitaux (face aux Urgences)  
Tél : 05 22 22 22 42

DULASTAN<sup>®</sup> 500 mg / 2 mg دولاستان  
Boîte de 20 comprimés

37,00

PPV  
LOT  
PER

50,60

PPV  
LOT  
PER

50,60

LOT : 200601  
UT AV : 03/2023  
PPV : 10,00DH