

# 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.

## Diagnostique 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  
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



72083

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019591

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12779 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAHSSASSI OMAR Date de naissance : 16-04-1983  
Adresse : 7 Rue Démocratie - Bd Ancennes - MAARIF  
Tél. : 0662776146 Total des frais engagés : 450,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/02/2021  
Nom et prénom du malade : LAHSSASSI OMAR Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Aff. ect.  
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 : SAFABLANCA Le : 25/03/2021  
Signature de l'adhérent(e) : LAHSSASSI



# 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
13/02/20	C2	cf	cf	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/20	450,90

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

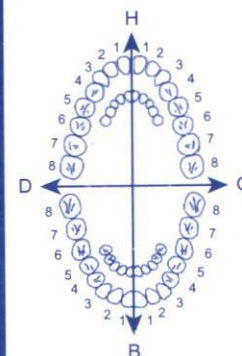
# ELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Praticien est prié de

à dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

# 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 13/02/2021

Casablanca, le .....

Monsieur

OMAR

LAKHSSASSI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

**EXOMUC Sachets**

1 sachet matin midi et soir pendant 10 jours

**FLIXOTIDE 250 mg**

1 pulvérisation matin et soir pendant 1 mois  
(Bien se rincer la bouche après usage)

**GAVICON sirop**

1cm 15 minutes après chaque repas  
et 1 cm au coucher pendant 21 jours

**INEXIUM 20 mg**

1 cp le matin pendant 1 mois

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY  
O.R.L

Centre ORL de Diagnostic et Explorations

C.O.D.E AL FARABI Casablanca

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Cas.

Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 29 16 85

INPE : 001340949

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 150,00 DH  
ID: 40432  
6 118001 140336

يحرك جيدا قبل الشرب.  
لا تتركوه في متناول الأطفال.  
يتم تخزينه في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.  
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.  
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 012881  
DOM 05/2020  
EXP 05/2022

3079956

يحرك جيدا قبل الشرب.  
لا تتركوه في متناول الأطفال.  
يتم تخزينه في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.  
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.  
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 N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 48 DH 40

BN 024181  
DOM 08/2020  
EXP 08/2022

3079955

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591



Angle

Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20

0522 47 30 30

0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

