

# 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](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)

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.

**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)



73862

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0000115

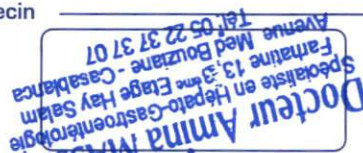
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05792 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAÏD ABDESSAMAD Date de naissance : 02.01.1960  
 Adresse : RES. WAFI 4 IM 44 BOIT 14 WIAM-OUFA. CASA  
 Tél. : 0609175400 Total des frais engagés : 1618,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/21  
 Nom et prénom du malade : LEHLALI NAJAT Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 JUIN 2021  
 Signature de l'adhérent(e) : SAÏD ABDESSAMAD



# 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
27/11/21				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/21	1618,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

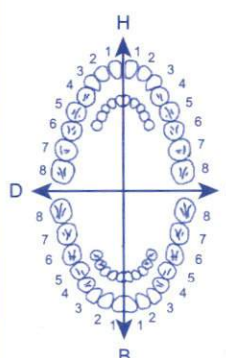
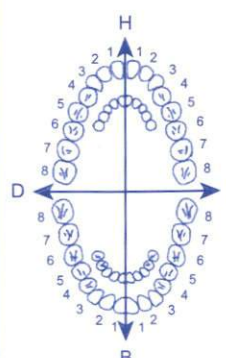
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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 Amina MASSAK

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Proctologie médico-chirurgicale  
Echographie et Endoscopie Digestives

Ancien Médecin CHU/CASA  
Ancien Chef de Service  
de Médecine Hôpital BELOUAFI CASA



## الدكتورة أمينة مساك

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
أمراض وجراحة المخرج  
التشخيص بالصدى والمنظار الطبي  
دكتورة سابقة بمستشفى ابن رشد  
رئيسة مصلحة الطب  
بمستشفى بالوافي الدار البيضاء

Casablanca le .....

27/05/2024

الدار البيضاء في

803,00  
1/ LAMAL VAGAT  
2/ Suplemento 3cp x 4/8 x 29  
3/ Invenim 40 2 cp x 1/2 hant x 39  
4/ Reflexoid 1 cp x 3/8 x 39  
5/ Pygriofme 1 cp x 2/8 x 39  
6/ TRINEBAT 2 cp x 3/8 x 39  
Total: 1618,30

مصلحة دار المساك  
Pharmacie Dr. Amina MASSAK  
13, 3ème étage Hay Salam  
Avenue Med Bouziane - Casablanca  
Tél: 05 22 37 37 07

Docteur Amina MASSAK  
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Farhatine 13, 3ème Etage Hay Salam  
Avenue Med Bouziane - Casablanca  
Tél: 05 22 37 37 07

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

64115DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

64115DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

PYLERA® gélules

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur :

SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC



6 118001 072262

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

64115DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

64115DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

LOT / 2025902  
EXP / 2023.09  
PPC 65 DHS

LOT / 2108801  
EXP / 2024/03  
PPC 65 DHS

LOT / 2108801  
EXP / 2024/03  
PPC 65 DHS

**SUPERDIET**

Hygiaflore

P.P.C. 80,00

LAPARA sarl  
www.lapara.ma

LOT : 5412  
UT. AV : 12-25  
P.P.V : 45 DH 90