

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

### ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJET'S

#### 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 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

- 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.

**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° M21- 048289

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05480 Société : RAM 28193  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AMMAR ABDELKADER  
Date de naissance : 16/03/65  
Adresse : Résidence Acharaf Im G1C N°6 AN 140K CASA  
Tél : 0661103058 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUSSE Drissi Mohammed  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd Rahal El Merdoui - Casablanca  
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 87 71  
mbelhoussinedrissi@gmail.com

Date de consultation : 12/05/2014  
Nom et prénom du malade : El Boudi Fokri Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Respiratoire  
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 : / /

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
12/05/2021		12	292.60	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/05/2021

292.60

## 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 :

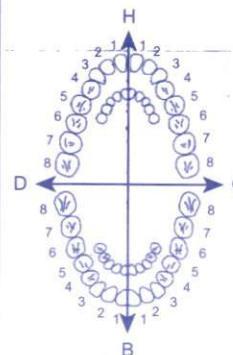
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

## 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 G  
35533411 11433553  
B

(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

Mme EL BAID FATIMA

Né le : 13/10/1967



CJ021E04181102

Mme EL BAID FATIMA

Casablanca, le 12/05/2024

347.00 + 132 = 479.00

1 - Novex 0,4



27.70 x 3 = 83.10

2 - CardioAspirine



26.90 x 3 = 80.70

3 - Vit C 1000

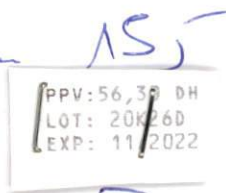
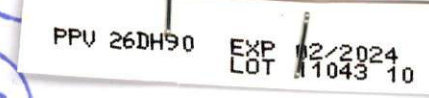
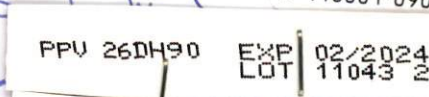
56.30 x 2 = 112.60

4 - Dénix 25 mg



58.40

5 - Soluprel 20



68DH40

20E027

Dr. Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

rad.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

52.80

6 - reels 2-

(7's)

L07 200712  
EXP 01/2023  
PPV 52.80DH

1 film le son du

87.30

Reyn.

(7's)

145

Quintessence

type 1 - par 5

type 2 - par 5

899.30

PHARMACE ACH-CHARAF  
R. EL BOUCHRA TAOUFI  
opérateur - 120M2  
Hara H. Haddouja Casablanca  
Tel: 05 22 21 64 09

Dr. BELHOUSSE  
Praticien opérateur  
59 Bd Rahal El Mohammadi  
Tel: 05 22 44 83 70 - 05 22 44 83 71  
mbelhoussinedrissi@gmail.com

PHARMACE ACH-CHARAF  
Dr. BOUCHRA TAOUFI  
Coopérative des opérateurs N°DM2  
Hara Haddouja Casablanca  
Tél: 05 22 21 64 09

maphar

Km 10, route côtière 111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaa  
Casablanca - Maroc  
MONOZEC LM 500MG CP PEL B5  
P.P.V. : 87DH30



6 118001 183821



Mme EL BAID FATIMA

Né le : 13/10/1967



CJ021E04181102

Casablanca, le

12/05/2024

1. Quel est le S.O.S. de

Je suis 32/4.

18 heures 1-

2. Oxygène de l'air

Dr. EL HOUSSEINE DRISSI Mohamed  
Pneumologue - Allergologue  
50 Bd Rana E. 13000 - Casablanca  
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71  
mbelhoussinedrissi@gmail.com