

# 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.

## Éducation :

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.

## Maladie :

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



## Déclaration de Maladie

N° M21-0033033

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3564 Société : RAJ

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KASSABI OUAFA

Date de naissance : 08/12/1958

Adresse :

Tél : 0631159486 Total des frais engagés : 300 + 320,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/08/2021

Nom et prénom du malade : KASSABI OUAFA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H M

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Kep





[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |        |                       |
|---|--------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date   | Montant de la Facture |
|   | 3 Aout | 32090                 |

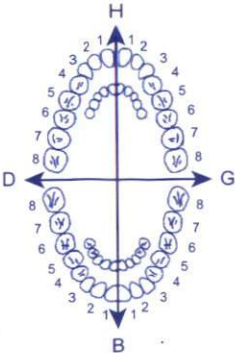
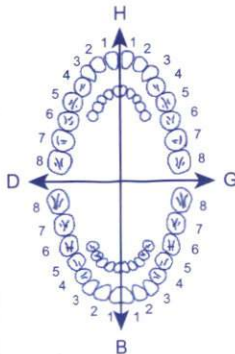
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>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<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412    21433552<br/>           00000000    00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/>           00000000    00000000<br/>           35533411    11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |   |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |

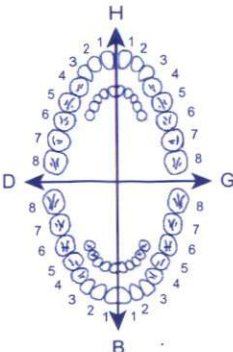
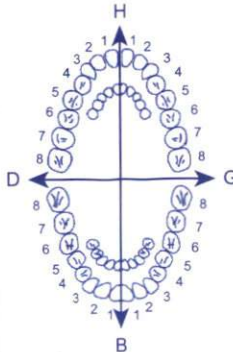
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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

**Important :**

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

| SOINS DENTAIRES   |  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---|--|--|---------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |  |  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |  |                     |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  | <table><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> |                     |             | 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'EXI

49,80

Lot N° :  
Exp : 158,00  
PPV :

14010033

6 118001 130023  
HYPERIUM 1 mg - O  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 113,50 DH  
Servier Maroc - Casablanca



Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echographie Couleur - Holter

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية  
خريج كلية الطب بباريس  
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

MASSARI  
Majae

Casablanca, le 03 AOUT 2021

Traitement de :  
Trois (03) Mois

Co - aprotin 300/125

21 Co IPV 300/125

158,00 14 le met

Traitement de :  
Trois (03) Mois

2 AM EP sup

14 le met

Traitement de :  
Trois (03) Mois

hyperium sup

113,50

ya 121

32090

PHARMACIE DU PAK  
Dr. Latifa TAHIRI  
123, Av. Hassan II - Casablanca  
Tel: 05 22 22 18 84

Dr Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91  
Urgence: 06 65 14 69 96