

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0055513

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société : 81754

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Hay ouf Gpe W, No 47 casa Rue 133

Tél. : 06 62 79 06 07 Total des frais engagés : 1565,70 + 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/07/21

Nom et prénom du malade : Nasse Fatima Age : 30/11/53

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DT2

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 : 30/07/21

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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 Praticien des Actes
20/10/21	9		200,0	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/07/21	1565,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

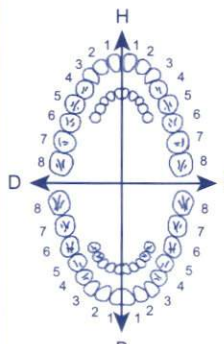
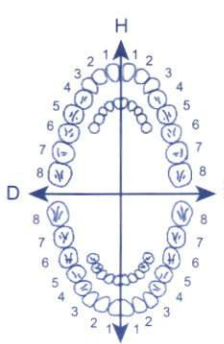
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 d

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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

# Dr TAHRI CHAFIQ

Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)  
Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale  
Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse  
Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)  
Stérilité du couple - Bordeaux (France)  
Echographie - ECG



## الدكتور الطاهري شفيق

دبلوم جامعي في أمراض داء السكري - بوردو (فرنسا)  
دبلوم جامعي في التغذية و الحماية الطبية - بوردو (فرنسا)  
دبلوم جامعي في أمراض النساء و الحمل  
دبلوم جامعي في أمراض المسنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)  
العقم عند الزوجين - بوردو (فرنسا)  
التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 30/7/2022 : الدار البيضاء، في :

Dr Neki Fstima

134,80 x 1

1) Levodopa

18 x 20



47,80 x 1

2) Do Se CP

24 x 20



PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
Docteur en Pharmacie  
22-23 Bd Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 93 51 13  
0522 93 20 00 07

79,00 x 1

3) Genfer

18 x 20



390,00 x 3

4) Galtus Aut 50/mo

1 - 0 - 1

Att 03 Ans

44,70 x 3

5) Dine en Go

18 x 20



T: 1565,70

Dr TAHRI CHAFIQ  
Médecin de la République  
de Médecine et de Pharmacie  
Exercice de la médecine des hôpitaux  
Méd Y d'El Jadida  
Tél: 05 22 93 34 27 - GSM: 06 60 14 60 82



LOT: 0055  
PER: 01-24  
PPC: 79.00 DH

LevAmox<sup>®</sup> 12 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS  
PPV 13 DH80  
LOT 00035 1  
EXP 11/2022

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

47,80 DH

44,70 DH

242600030-02

44,70 DH

242600030-02

44,70 DH

242600030-02

6 118001 031092  
GALVUS MET<sup>®</sup> 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET<sup>®</sup> 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET<sup>®</sup> 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH