

# 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.

## Prothèse :

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

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- 0034473

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5694 Société : 82492  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ALHAROU KADOUR  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 06 11 38 24 60 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 31 Aout 2021  
Nom et prénom du malade : ELABOLLI RAHMA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : diabète type 2  
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
31 Aout 2021		250		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/21	1106,80

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

الدكتور عبد الرحيم بخاسي

اختصاصي في أمراض السكري  
الغدد و التغذية

السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترول  
الإضطرابات الهرمونية - العقم

\* 061011375\*

Σε 780 μμ

La Prima

60.00 x 10<sup>3</sup> ; 5 lens 3

1. 2. 1

36.20 x 14 y Height to o

1. 2

Pharmacie principale DEROU  
sarl au  
N°1 Derou  
208

Pharmacie PERRICHON  
Bloc UN°1 Deroua  
Tél: 05 22 53 20 83

11 06, 80

Bloc  
 Tél: 05 22 22 22  
 Dr. André-Jean ROQUIER  
 Endocrinologue  
 Av. André Imbert  
 Porte 4 - Bercy  
 Paris 12  
 Tél: 01 43 22 22 22

Dr. Abderrahim Bokhamy  
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES  
INP : 061011346  
BERRECHID

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 05 22 328 787 – المحمول : 0666 352 104



PPV 60DH30  
PER 05/23  
LOT M1385

PPV 60DH00  
PER 01/23  
LOT M144

PPV 60DH00  
PER 10/22  
LOT J2853

PPV 60DH00  
PER 03/23  
LOT M750

69.00  
PPV 60DH00  
PER 10/22  
LOT J2853

PPV 60DH00  
PER 01/23  
LOT M144

PPV 60DH00  
PER 03/23  
LOT M750

PPV 60DH00  
PER 01/23  
LOT M144

PPV 60DH00  
PER 10/22  
LOT J2853

PPV 60DH00  
PER 10/22  
LOT J2853

LOT 211173  
EXP 04 2023  
PPV 36.20

LOT 202438  
EXP 10 2023  
PPV 36.20

LOT 210033  
EXP 01 2024  
PPV 36.20

LOT 202434  
EXP 10 2023  
PPV 36.20

LOT 202437  
EXP 10 2023  
PPV 36.20

LOT 210033  
EXP 01 2024  
PPV 36.20

LOT 202437  
EXP 10 2023  
PPV 36.20

LOT 202434  
EXP 10 2023  
PPV 36.20

LOT 201931  
EXP 09 2023  
PPV 36.20

LOT 201931  
EXP 09 2023  
PPV 36.20

LOT 210032  
EXP 01 2024  
PPV 36.20

LOT 201931  
EXP 09 2023  
PPV 36.20

LOT 210034  
EXP 01 2024  
PPV 36.20

Marmite PING PONG DEROUA  
sarl au  
Bloc U N° 1 Deroqua  
Tél: 05 22 53 20 83