

# 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.

## Educations :

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 79 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0032699

83621

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5018

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr SAROUTI Hassan

Date de naissance : 09/01/1957

Adresse :

Tél. : 0662250299

Total des frais engagés : 883,90

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABOUYOUB Omar  
DERMATOLOGUE  
227, Bd. Mohamed V - Cas  
Tél. : 022 31.67.61  
Fax : 022 30.99.04

Date de consultation : 10/07/21

Nom et prénom du malade : Mr SAROUTI Hassan

Age : 09/01/57

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dentaire

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 : 09/07/2021



Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/07/21	C5	1	300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/21	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

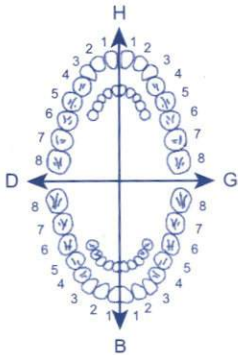
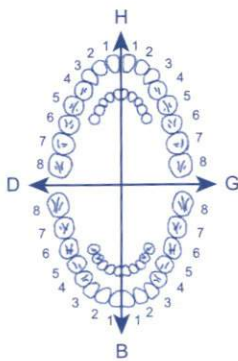
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 CœFFICIENT 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																	
	[Création, remont, adjonction] 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'EXECUT

# Dr. Omar ABOUYOUB

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy (France).  
Spécialiste des maladies de la peau, du cuir chevelu  
et des maladies sexuellement transmissibles.

227, Bd Mohammed V, 3<sup>ème</sup> étage Près de l'Arab Bank  
Casablanca 20110 - Tél. : 05 22 31 67 61 - 05 22 30 99 04

# الدكتور عمر أبويوب

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)  
اختصاصي في أمراض الجلد والشعر  
والأمراض التناسلية

227، شارع محمد الخامس، الطابق الثالث، قرب البنك العربي  
الدار البيضاء. 20110 - الهاتف : 05 22 31 67 61 - 05 22 30 99 04

Casablanca, le : 10 JUL. 2021 في الدار البيضاء.

M<sup>r</sup> SAROUTI Hassan

PHARMACIE DE LA POSTE  
PRINCIPALE CASA SARL AU  
53, Bd. De Paris - Casablanca  
Tél: 0522 22 26 83/0522 48 79 90

1 - Valer 500 : 1 boîte 42

432,00

2 cp x 3 / j :

toutes les 8 heures.

Pendant 7 jours.

PPV: 22DH20  
PER: 03/23

PPV 22DH20  
PER 11/22

22,20  
Cisloiprane : 2 boîtes

222000

1 à 2 cp x 3 / j :

toutes les 8 heures.

1400 3 - Helomedine solution : 14,00  
2 fois / j - pendant 7 jours

21.75  
x 2

4- Compress Mercks (30x30) : 2 bte 5

5- Vermugen : 1 flacon

50.00

1/250 (m) me le lenoir

le talon droit. pendant 7 jrs.

PHARMACIE DE LA POSTE  
PRINCIPALE CASA SARL AU  
53, Bd. De Paris - Casablanca  
Tél: 0522 22 26 83/0522 48 79 90

Dr. ABOUYOUB Ome  
DERMATOLOGUE  
227, Bd. Mohamed V - Casablanca  
Tél. : 022 31 67 61  
Fax : 022 30 99 00