

# 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.

## 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.

## Prothèse 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  
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° P19-0048597

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4826 Société : RAN 86308

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ONE EL IDRISSI LARABI ANAL

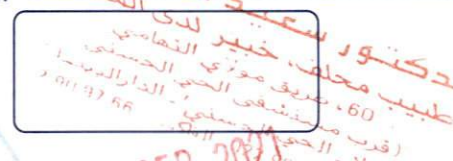
Date de naissance : 24/01/1961

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661327272 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 SEP 2021

Nom et prénom du malade : El IdriSSI Larabi Anal Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique - diabète

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) :



# 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
19 SEP 2021	C		20000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.09.2021	16480

# 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

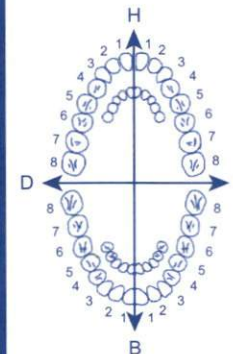
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

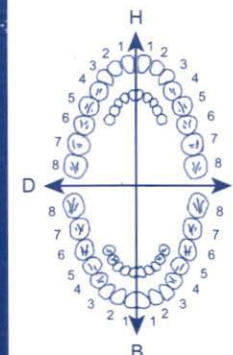
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب معترف

خبير لدى المحاكم

Dr. Idriss AARABI Amal

Casablanca, le : 28 SEP 2021

الدار البيضاء، في :

Dr. Idriss AARABI Amal

45,9x2

30x2

10,30

222, n

79,70

79,10

Pharmacie

60, Route Moulay Thami

Dr. Idriss AARABI Amal

Dr. Idriss AARABI Amal

Dr. Idriss AARABI Amal

Dr. Idriss AARABI Amal



دكتور سعيد الغزولي  
طبيب معترف  
خبير لدى المحاكم



OT 201589  
EXP 05/2023  
PPV 30.00DH

LOT 201589  
EXP 05/2023  
PPV 30.00DH

8-2800-73-230-1  
Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60



8-2800-73-230-1  
Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60



8-2800-73-230-1  
Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60



8-2800-73-230-1  
Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60



8-2800-73-230-1  
Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60



8-2800-73-230-1  
Trisequens®  
Comprimés pelliculés  
1 boîte de 28  
PPV: 93DH60



PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J2863



LOT 6763  
UT AV: 02-24  
P.V: 61DH00

D3NORM®  
100 UI  
GOUTTES BUVABLES  
8 051128 632675

Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPV: 79,50 DH  
10/2023

200606

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V: 45DH20  
LOT: 9MA108  
PER: 12 2021



Do  
PARACETAMOL  
PPV: 10DH30  
PER: 05/22  
LOT: I1230



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

19

19

Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 222,00 DH  
LOT: 644981  
PER: 12/21



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline