

# 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.

## Diologie 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.

## 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

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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 061577

87424

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 849 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHELLIA ABDALLAH

Date de naissance : 01.10.1950

Adresse : RES. NADIR App 13 EL OUHAN EL OULFA

CASABLANCA

Tél. : 06.61.33.88.91 Total des frais engagés : 1888,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2021

Nom et prénom du malade : R. BAI FATMA Age : 66

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

Nature de la maladie : Maloutmane d'origine

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

Le : 02/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ly

# 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
03/09/2021	a			Dr SAADALLAH Chirurgien Urologue 101, Angle Bd Abdelmoumen J.S. Rd Anoual - Casablanca Tél: 05 22 86 33 99

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

30/09/21 1788,50

# 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	
CENTRE MEDICAL DARD Sela Plaza . Centre Commercial Carrefour Dar Bouazza 0522 29 00 70	27/09/21	2		2	2	300 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

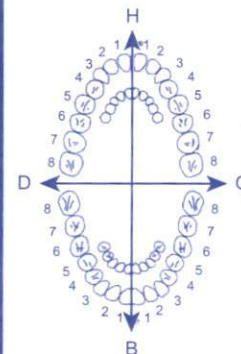
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

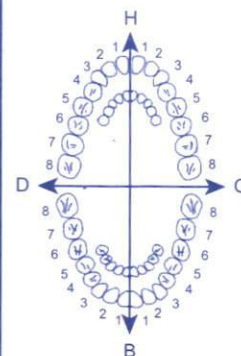
CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : [cliniqueachifaa@menara.ma](mailto:cliniqueachifaa@menara.ma)

Casablanca, le : 03/09/2021

Docteur :

M<sup>me</sup> Rbaï FAÏMA ER Chellig.

186,80 x 9

1) Triaxon 2g.

1x15 pds

2) Triaxon 1g.

1x15 pds

3) Acuta 160mg.

1x15 pds

4) Specter 500mg.

1cp x 2x pds

5) Difal 100mg.

1syp de 500 pds

6) Zuzel 40mg gel de 500 pds

6) NoVex 0,4mg  
Aug 15 pd. 075



Dr SAADALLAH  
Chirurgien Urologue  
100, Angle Bd Abdelmou  
et Bd Anoual - Casablanca  
Tél: 05 22 86 55

132,00 X4

132,00

132,00

132,00

132,00

LOT: S-06-1  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-04-1  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-04-1  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-01-3  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-01-3  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-06-1  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT 420  
EXP 10/23  
PPV 1120H00

LOT: S-02-2  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-04-1  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-04-1  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

DIFAL®  
Diclofenac sodique 100 mg  
Boîte de 10 Suppositoires  
P.P.V.: 32,40 DH  
6 118000 190363

57X25 105

131,60

122,80

1588,-