

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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- 070856

90636

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2053 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BERRABEH JAMAL

Date de naissance : 21-4-1951

Adresse : 77 Rue Y. Agha CHEN

Tél. : 0522263261 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 OCT 2021

Nom et prénom du malade : BERRABEH JAMAL Age : 1951

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : ASA Le : 25 / 10 / 2021

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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 25 OCT 2021     | 6 + 6.10<br>paracétamol |                       | 4.00                            |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                       | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE L'HOPITAL SABAUD<br>105 rue d'Alsace<br>01000 BOURG-EN-BRESSE<br>03 77 22 22 22 | 25-10-21 | 191,80                |

# 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 car

## SOINS DENTAIRES

**EFFIPRED®**  
20 Comprimés effervescents 20 mg

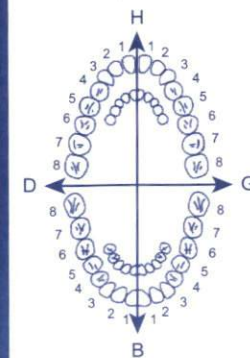
6 118000 031369

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 07/2024  
LOT 16030 7



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

## 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

**LOREUS® 5mg**  
30 Comprimés Pelliculés  
6 118000 041726

PPV: 78DH20  
PER: 07/23  
LOT: K1910-2



DES SOINS

DEE  
D'E  
PPV: 55,00 DH  
LOT: 646247  
PER: 08/22

FIN  
D'EXECUTION

CC  
D  
AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles  
6 118000 160038

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 Brahim EL WAFI**

**SPECIALISTE EN O.R.L.**

Maladies et Chirurgies du :  
Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

**الدكتور إبراهيم الوافي**

إختصاصي في أمراض وجراحة  
الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

25 OCT. 2021

**BERRABEH JAMAL**

- Amoxicil 1g



1cp 2x/j p 6 j

- Effipred 2



2cp 1/2 R matin p 2 j

- Loxes



78.20 1cp A soir p 1 mois

791.80

PHARMACIE DE L'HOPITAL SAMAN  
en Rue d'Agadir - Casablanca  
Tél: 05 22 27 39 39

Dr. Brahim EL WAFI  
Spécialiste en O.R.L.  
Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni 1er Etg  
(Face Marché aux Fleurs) - Casab.  
Tél.: 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44