

# 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.

## Diagnostique 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

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- 073294

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0805 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELALI CHAHAD ABDELALI

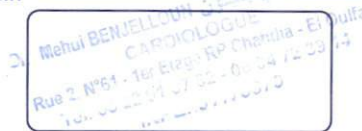
Date de naissance : 1/1/49

Adresse : Lot 133, HANOU II Rue 36

Tél. : 0661322025 Total des frais engagés : 2182,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/12/2021

Nom et prénom du malade : ELALI CHAHAD ABDELALI Age : 72 ans

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

Nature de la maladie : CARDIOPATHIE

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 : 13/12/2021

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
10/11/2021	CCF CCG		25.400	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAJAOUN SARL 40 Lot. Allamouche Lissasfa Tél.: 05 22 90 94 94 TP: 36293297 - IF: 2482186 001950225000089	10/11/2021	1939.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

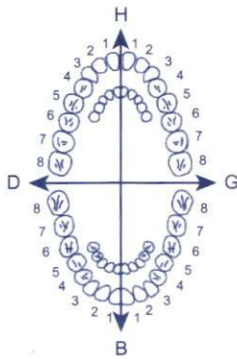
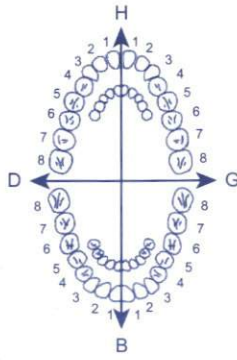
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de l'

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																
	<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																
	(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'EXEC

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
**Spécialiste des maladies**  
**du coeur et des vaisseaux**



**الدكتور مهدي بنجلون**

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

**إختصاصي في أمراض**  
**والشرابين**

6 118001 090280

10/12/2021

admission, le : .....

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 D  
 Bayer S.A.

118001 090 6

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

118001 090280

Prénom : .....

**FILALI CHAHAD Abdelali**

Maphar  
 Bd Alkimia N° 6, Ql,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Crestor 5mg cp pell b30  
 P.P.V. : 114,10 DH

Maphar  
 Bd Alkimia N° 6, Ql,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Crestor 5mg cp pell b30  
 P.P.V. : 114,10 DH

Maphar  
 Bd Alkimia N° 6, Ql,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Crestor 5mg cp pell b30  
 P.P.V. : 114,10 DH

Maphar  
 Bd Alkimia N° 6, Ql,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Crestor 5mg cp pell b30  
 P.P.V. : 114,10 DH

Maphar  
 Bd Alkimia N° 6, Ql,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Crestor 5mg cp pell b30  
 P.P.V. : 114,10 DH

Maphar  
 Bd Alkimia N° 6, Ql,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Crestor 5mg cp pell b30  
 P.P.V. : 114,10 DH

6 118001 183104

180,30 x 6  
**TAREG 160**

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

**CARDIOASPIRINE 100**

1 comprimé à midi après le repas, pendant 6 mois

**CRESTOR 5**

1 comprimé le soir, pendant 6 mois

**PHARMACIE LAIMOUN SARL AU**  
 Allaymoune Lissasfa  
 - Tél.: 05 22 90 94 94  
 36293297 - IF : 24821866



HD 03.30 : Add  
 28 comprimés pelliculés  
**TAREG 160 mg**  
 6118001030309  
 28 comprimés pelliculés  
 PPV : 180,30 DH  
**TAREG 160 mg**  
 28 comprimés pelliculés  
 PPV : 180,30 DH

6118001030309  
**TAREG 160 mg**  
 28 comprimés pelliculés  
 PPV : 180,30 DH  
**TAREG 160 mg**  
 28 comprimés pelliculés  
 PPV : 180,30 DH

شهادة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني :  
 hhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail