

# 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.

## 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- 063331

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : 96167

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD

Date de naissance : 10/10/1959

Adresse : 24 lot le volume I Casablanca

Tél. : 0666872653 Total des frais engagés : 300 + 322 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohammed TAKA  
Spécialiste en médecine  
physique et réadaptation  
6, Rue Ahmed Naciri - Casablanca  
Tél. 05 22 98 99 02

Date de consultation : 03/12/2021

Nom et prénom du malade : Mlle GHAZI SNOUSSI Nadia Age :

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

Nature de la maladie : Syndrome cellulo terno myofascial

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Coude + Thorax

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 : 15/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
03/07/2008	32250	0920

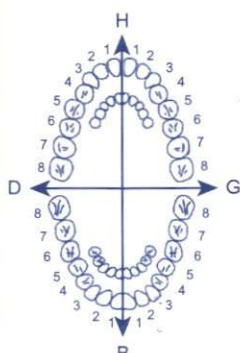
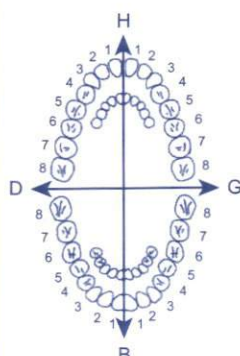
[illegible][illegible]

# 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة الطب الفيزيائي والتأهيل - الطب الرياضي

Cabinet de médecine physique et de réadaptation - médecine du Sport

**Dr. Mohammed TAHA**

Spécialiste

Diplômé de la faculté de médecine  
de Lille II (FRANCE)

**الدكتور محمد طه**

اختصاصي

خريج كلية الطب بليل II (فرنسا)

PHARMACIE DE LA COLLINE  
Dr. TAHIRI JOUTEL Amine  
Sur parking CARREFOUR, Sidi Maarouf (Ancien Makro)  
Tel.: 05 22 33 51 77 / 05 22 37 59 52 - GSM: 06 61 24 42 07  
RC: 266958 - Pat: 36103109 - IF: 50731792 - CNSS: 0063490  
ICE: 000483820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr

Corse le 03/12/2021

Mme GHAZI SNOUSSI Nadie

ISOPHARM

NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 DH



LOT: M0468  
EXP: 06/2023  
PPV: 60,00 DH

LOT: M0346  
EXP: MAI 2022  
PPV: 60,00 DH

1) Newflex gel chauffant

94,80

roll on

1 application 2 à 3 f/j

Newflex gel refroidissant

roll on

60,00 x 2 1 application 3 f/j

3) Voltacrine emulgel 4 f/j

1 application

deux boites

Docteur Mohammed TAHA  
Spécialiste en médecine  
physique et réadaptation  
Sidi Maarouf, Casablanca  
Tél: 05 22 33 51 77 / 05 22 37 59 52

6, Rue Ahmed ANNASSIRI - Résidence Ahl Agadir 1er Etage - Casablanca - Tél: 05 22 98 99 94 / 05 22 98 92 64

Fax: 05 22 99 41 43 - GSM: 06 61 31 81 26 - Patente: 34772113 - Email: annassiri@annassiri.ma



LOT 151241  
EXP 11/2018  
PPV 54.60DH

LOT: 5MA037  
PER: 01/2020  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10

LOT: 19E000  
PER: 10/2022  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10

1) Mebsal 7,5

54,60 1cp/j après le repas



Relaxol

Deux boîtes



2cp

le matin

2cp

le soir ) x10

329,50

Docteur Mohammed TAHAR  
Spécialiste en médecine  
physique et réadaptation  
6, Rue Ahmed Naciri Casablanca  
Tél: 05.22.98.99.91

PHARMACIE DE LA COLLINE  
Dr. TAHIR JOUTEL Amina  
Sur parking CARREFOUR Sidi Maouf (Ancien Makro)  
Tél: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53 - GSM: 06 61 24 42 87  
RC: 266958 - Pat: 26103109 - IF: 50731792 - CNSS: 6063490  
ICE: 00040382000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr