

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Educational :

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.

## Prothésaire :

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° M20- 0005103

99342

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1289 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve  
Nom & Prénom : BATRAS FATMA veuve AZENKOU DOMINIQUE  
Date de naissance : 25/3/1960  
Adresse : LOTEL Khazama EL N° 84 Casa  
Tél. 0649118935 Total des frais engagés : 418,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 21/12/2021  
Nom et prénom du malade : BATRAS FATMA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bronchite 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 : / / Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
21/12/2021	C	150 Dh		Docteur H. EL HADJ Médecine Générale 375 Bd Bouchara Boukhar RDC Hay El Farah Casablanca Tél: 0522 62 04 26

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-12-2021	268,30

# 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	

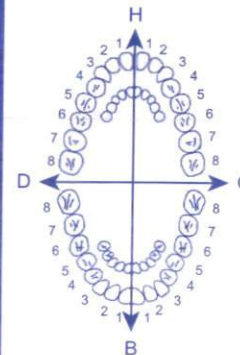
PPV: 55,00 DH  
LOT: 644785  
PER: 02/22

6 118001 050408  
VOLTARENE® SR 75 mg  
Comprimés enrobés  
PPV: 76,20 DH

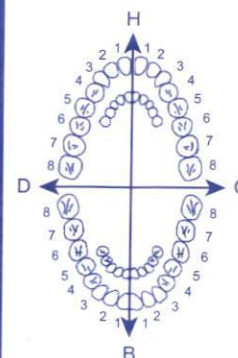
LOT: M0528  
PXP: 03/2024  
PPV: 60,00 DH

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées Soins



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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

NEOPRED  
Prednisolone  
Indications - Contre-indications  
Mode d'emploi - lire notice  
Reboucher soigneusement  
après chaque prise.  
NEOPRED  
Prednisolone 20mg  
20 comprimés PPV: 37,20  
6 118000 1913

PPV: 55,00 DH  
LOT: 644785  
PER: 02/22

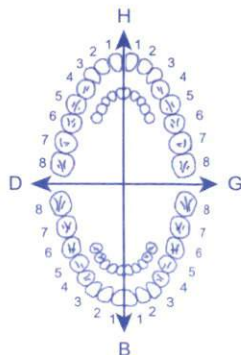


VOLTARENE® SR 75 mg  
Comprimés enrobés

PPV : 76,20 DH

LOT: M0528  
EXP: 03 2024  
PPV: 60,00 DH

## SOINS DENTAIRES



Traitées Soins

فوسيف  
مرهم  
أنبوب من 15 غ  
39,70

NEOPRED  
Prednisolone 20mg

Indications - Contre-indications - Posologie -  
Mode d'emploi : lire notice intérieure.  
الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - الجرعات  
كيفية الإستعمال : اقرأ البيان الداخلي  
Reboucher soigneusement le flacon  
après chaque prise.



MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
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 Houda BITTAF

Médecine Générale

Echographie



الدكتورة بطاف هدى

الطب العام  
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 24/12/2021 : الدار البيضاء, في :

Time BATRAS FATMA

55,00

1) clomoxyl 1j cp



26,20 1/2 x 31/2 x 7j

2) Voltaren 75mg cp



60,00 1/2 x 21/2 ap̄ ap̄

3) Voltaren émulsion

37,40 1 or 2 x 31/2

4) Neopred 20mg b  
3/1/2 le matin x 7j



PHARMACIE LES PARENTS  
Nadia GOURANI

234 E Lotissement Zoubair  
Groupe Addoha Oulfa - Casablanca  
Gsm: 06 67 07 50 25

5) Faciane pommade

39,70

1 app x 25



268,30

PHARMACIE LES PARENTS  
Mère GOURANI  
234 El Lotissement Zoubeir  
Groupe Adona Ouita - Casablanca  
Gsm: 06 67 07 50 25

Docteur HOUSSA BITTAF  
Médecine Générale  
375 Bd Bouchard Dyckka RDC  
Hay El Farih - Casablanca  
Tél. 0522 82 04 26