

## 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.

### Radiologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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.

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° W21-666022

201172

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KERDOU

MOHAMMED

Date de naissance :

12-06-63

Adresse :

KERDOU@GMAIL.COM

Tél. : 06 61 19 38 76

Total des frais engagés :

695,20

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. NACIRI Salim

Pneumo-Phtisiologue

Rez de Chaussée, Imm. N°17,  
Lot. AbouBakef Najara, Tabriquet Salé

Date de consultation :

22-12-21

Nom et prénom du malade :

LEILA ABERCHANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite

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 :

SALE

Le : 22/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-666022

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE 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
29/11/2021	Cs.		300.	Dr. NACIRI Salim Phléumo-Physiologue Rez de Chaussée, Imm. N°17, Lac Aboubaker Najare, Tabriquet Salé

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AB Med VI mohammed El Km 17 EL Menzeh - Temara INPE : 102091022 102091022	22-12-24	395,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

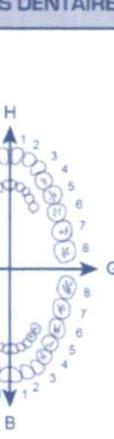
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-B-D-G system, featuring a horizontal H-axis pointing upwards and a vertical B-axis pointing downwards. Eight numbered points (1 through 8) are plotted in a roughly circular pattern around the origin. Point 1 is at the top of the H-axis, point 2 is at the bottom of the B-axis, point 3 is on the left side, point 4 is on the right side, point 5 is at the top-left, point 6 is at the top-right, point 7 is at the bottom-left, and point 8 is at the bottom-right.

#### **[Création, remont, adjonction]**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
																
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																
<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Naciri Salim  
Spécialiste en Pneumophtisiologie  
Allergologie



د. الناصري سليم  
الناصري في أمراض الجهاز  
التنفسية والحساسية

CENTRE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE - TABRIQUET

Dr. Naciri Salim - Pneumologue  
Dr. Ktiri Mohammed Amine - Cardiologue



Lot:  
CIP: 3400931000679  
Exp: M0050218  
05/2025



Mme ABERCHANE LEILA

BOTTU SA  
PPV : 28 DH 00

ORDONNANCE

28.00

1) STODAL

1 càc, 3 fois par jour, pendant 5 jours

40.00

2) BIOMYLASE

1 càc, 3 fois par jour, pendant 5 jours

48.60

3) LORODES 5 MG

1 cp par jour (soir), pendant 15 jours

28.60

4) PRIMALAN 5 MG

1 cp, matin et soir, pendant 5 jours

110.00 x 2

5) METANAZ ou RISONEL

2 pulvérisations par narine par jour, le matin, pendant 1

PHARMACIE AV. MED VI  
Av. Mr. Hammam VI, Km 17  
EL-Medina, Temara  
INPE : 102091022  
Tél : 0537 01 10 57

Dr. NACIRI Salim  
Pneumo-Physiologue  
Rez de Chaussée, imm. N°17,  
Lot. Aboubaker Najjare Tabriquet

INPE : 102091022  
Tél : 0537 01 10 57

LOT: GA10356  
PER: 06/2023  
PPV: 110 DH 00

LOT: GA00631  
PER: 06/2022  
PPV: 110 DH 00

88,60