

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 0050860

101047

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2132 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LARAKI - MUSTAPHA  
 Date de naissance : 01-12-1954  
 Adresse : LOTISSEMENT KHADJJA N°64 JORDAN  
 Tél. : 0661567283 Total des frais engagés : 300 + 1311,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 10/01/2022  
 Nom et prénom du malade : Ahmane Aiche Age : 61  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète type 2  
 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 : DZOUA Le : 25/01/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : *cah*

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
10/10/2022		17	3000 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPAL Bloc U N° 1 Daroua Tel: 05 22 53 20 88	10/11/22	13M,00

062049176

[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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de**

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

The diagram illustrates a human dental arch with teeth numbered 1 to 8 on both sides. The top arch is labeled 'H' and the bottom arch is labeled 'B'. The left side is labeled 'D' and the right side is labeled 'G'. The numbering is as follows: Top arch (H): 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first premolar), 5 (second premolar), 6 (first molar), 7 (second molar), 8 (third molar). Bottom arch (B): 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first premolar), 5 (second premolar), 6 (first molar), 7 (second molar), 8 (third molar).

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>		<input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="text"/> </div> </div>		<b>DATE DU DEVIS</b>

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



# Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

10 Janvier 2022

الدكتورة جبري ليلي

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغدة الدرقية

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء

Mme AHMAMOU Aniko

437.00 x 3

1/ Janumet 50/1000 mg 56 cp

1 Matin et 1 Soir pendant 3 mois après le repas

1311,00

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
sari au  
Bloc U N° 1 Daroua  
Tél : 05 22 53 20 83

Dr. JABRI LEILA  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie  
Maladies Métaboliques  
Rd. El Qods Ain Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 50 66 06  
INPE : 091166082

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/~~DMP/21/NRQ~~.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/~~DMP/21/NRQ~~.  
P.P.V: 437,00 DH.

|||||  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/~~DMP/21/NRQ~~.  
P.P.V: 437,00 DH.