

# 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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  
Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - 05 22 20 45 45 (RG) - 05 22 20 45 45 (RG)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 1058513

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ROUSSIFATHA  
Date de naissance : 1/1/1951  
Adresse : 10 Rue andromed Tontonville  
Tél : 0637926793 Total des frais engagés : 1305,9 Dhs

### Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :  
75, Boulevard Messira Al Khadra  
Tél : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07  
Date de consultation : 29/01/2022  
Nom et prénom du malade : ROUSSIFATHA  
Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : 04/02/2022

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
29/01/22	CS		3000DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
29/01/22	2022	1005,90

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EXECUTION

Dr. N. Latif - IDRISSE

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

Chirurgien Orthopédiste

جراحة العظام و المفاصل

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumatologique

خريج كلية الطب بنانت  
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت  
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le:

Mme (Mme):

السيدة (م):

① Prinacil

14 x 2 x 2 x 30

② GAPREX

25 x 1 x 60

③ AINAT

1 x 60

④ Duo flex

11 x 2 x 60


⑤ flexum

7 x 1

Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPÉDIE  
Boulevard Massira Al Khadra  
Tél: 05 22 25 39 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 16 / Fax: 05 22 25 07



Rouissi Tahra  
Veu Rouissi Mohamed.  
Matricule 451

PRINCI-B FORT   
30 comprimés enrobés



6 118000 180234

PPV

LOT

PER

PRINCI-B FORT   
30 comprimés enrobés



6 118000 180234

PPV

LOT

PER

**Flex-Tonic**

Lot: FTB09/20  
DLC: 09/2023

P.P.C : 183,00 DH

LOT: 210544  
PER: 08/2024  
PPC: 79,50 DH



8 051128 634624

**GAPRE**  25 mg  
60 Gélules



6 118000 072157

**Flex-Tonic**

Lot: FTB09/20  
DLC: 09/2023

P.P.C : 183,00 DH

LOT 216563  
EXP 05/24  
PPV 109DH20



8 435110 860428

**DUOFLX 60 GELULES**  
LOT: 210002  
PER: 05/2024  
PRIX: 350 DH