

# 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.  
Une autorisation 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.

## Éducation :

L'autorisation 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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° M21- 0060591

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5357 Société : RAM 105282  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FILALI RAFIK Rachid  
Date de naissance : 28-12-58  
Adresse : Rue 93 N° 22 Famille Française  
CASA  
Tél. : 0666733278 Total des frais engagés : 540,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 27/01/2022  
Nom et prénom du malade : ELHACHIMI APTIK Age: 21  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Infection urinaire  
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 : CASA Le : 27 / 01 / 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 Prélèvement des Actes
17/01/2022			20 20	

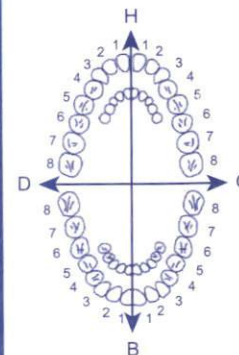
[illegible][illegible][illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que :													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">D</th> <th style="text-align: right;">G</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
		 Lot : Date de Fab : Date de Pér : PPC : 99 Dhs											
		DE D'E  FIN D'EXECUTION											
		CC DE  PVV 400H90 EXP LO  MC DE  20 comprimés											
		DATE DU DEVIS        DATE DE L'EXECUTION											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA RÉCEPTION											

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

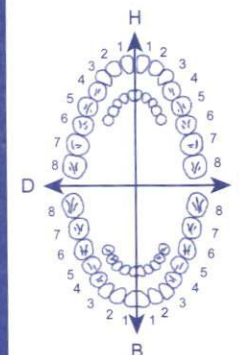
[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST

Lot :  
Date de Fab :  
Date de Pér :  
PPC : 99 Dhs

DE  
D'E

FIN  
D'EXECUTION

**ZINASKIN®**

REV 406H90

20 comprimés ef

DATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PPV  
PER  
LOT

P F V  
P E R  
L O T



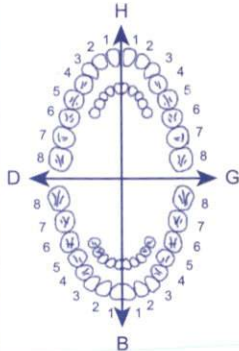
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

18,00  
PPV 8DH00  
PER 10/24  
LOT K2870

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

RODEFEN  
Complément alimentaire



Lot : 121514  
Date de Fab : 09.2021  
Date de Pér : 09.2023  
PPC : 99 Dhs

DE  
DE  
  
FIN  
D'EXECUTION

23,60

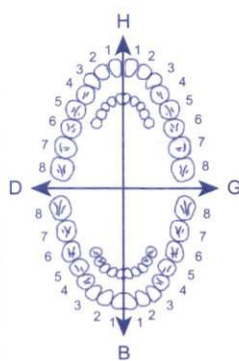
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession




CC  
DE

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90 EXP 07/2024  
LOT 15038 29

MC  
DE

20 comprimés effervescents

DATE DU  
DEVIS

PPV: 79DH70  
PER: 08/24  
LOT: K2275

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L107





**Docteur Loubna KABBAJ**

**Médecine générale**

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

**الدكتورة لبنى قباچ**

**الطب العام**

نساء - رجال - أطفال

- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة التخصصات للضمان الإجتماعي سابقا
- دبلوم جامعي في مرض السكري كلية الطب مونتبولي
- دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم كلية الطب ستراسبورغ
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 27/01/2022 في الدار البيضاء

**MLLE ZINEB FILALI RAFIK**

- **Azix 500 mg - comprimé**  
1 comprimé le 1er jour puis 1/2 comprimé le soir pendant 6 jours
- **Oroken 200 mg - comprimé pelliculé**  
1 Comprimé, matin, soir, pendant 5 jours
- **Doliprane vitamine c 500 mg - comprimé effervescent**  
1 Comprimé, matin, soir pendant 6 jours
- **Prodefen - sachet**  
1 sachet, matin, pendant 8 jours
- **cardioflex 100 mg**  
1 Comprimé, midi, pendant 8 jours
- **Zinc - Comprimé**  
1 Comprimé, matin soir pendant 7 jours

**PHARMACIE MALIKA**  
Dr LEBBAR MALIKA  
Casablanca  
579, Boulevard Moudibouketa  
Tel : 05 22 86 14 93

**Dr Loubna Kabbaj**  
Médecine générale  
et Bd Anoual, Angle Bd Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 93  
Email : l.kabbaj@hotmail.fr

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual  
1er étage, bureau 109 - Casablanca

Patente 34700377 - ICE : 001619698000022

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

مجمع عبد المومن. زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال الطابق الأول  
الرقم 109 الدار البيضاء