

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse 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

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° S19-0005111

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9869

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Moustahsine Aeddine Date de naissance : 29/10/1964

Adresse : H

Tél. : 0676878357 Total des frais engagés : 624,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : 23 / 03 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20.03.  
22

621,17

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

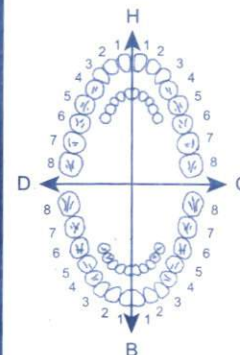
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

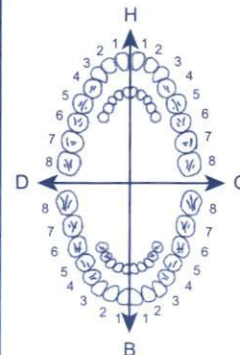
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# 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



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

صيدلية هند

Pharmacie HIND

BERRADA Hind

Docteur en Pharmacie

Lotissement Municipal Bloc 11 N°516 Bis

Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 022 91 44 57 - Fax : 022 89 77 48



Le 2003.22

A Morstehsine

Azedine Doit

Quantité	Produits	Prix Unitaire	Total
01	Jouvet 50/100	437,00	
01	Amarel 3	92,10	
01	Coversyl 5	92,00	
		621,10	

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10



118000 060017

92,00

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRC

P.P.V: 437,00 DH.

FACTURE ARETEE A LA SOMME DE

Six Cent vingt

un Dirhams 10 Centimes

Signature

Dr Marouane BENCHEKROUN

الدكتور مروان بنشقرون

OMNIPRATICIEN

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Dakar  
C.E.S. d'Echographie Générale

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بـدكار  
حائز على شهادة الفحص بالصدى

MOUSTAHINE Agedjine

2 Jan 2022

Casablanca, le

Jammek 50/1000

1 cp x 2h

Amanel 3mg

1 cp x 2h

Coveragl 5mg

1 cp h

Tender

1 bis x 2h

Kalsh 20mg

1 schubh

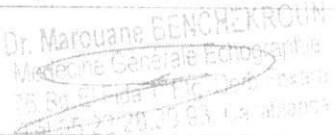
Dr. Indo 100mg

76 شارع القمامة دراج / القمامة الأولى - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 28 39 93

8 Bd EL FIDA - Derb EOKARA - 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca, Tel : 0522 28 39 93



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DURÉE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>MOUSTAHSSINE AZEDDINE</b>	
Matricule : <b>9269</b>	YON : <b>BK-10701</b>
Adresse : <b>CITE DE LA COMMUNE URBAINE GROUPE 4 N°185 HAY HASSAN</b> <b>GABA</b>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné : <b>Dr. MAROUANE BENCHEKROUN</b> Généraliste	
N° ICE :	N° INPE : <b>091021703</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>MOUSTAHSSINE AZEDDINE</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents confirmant le diagnostic et traitement :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA :</li> <li>- Diabète</li> </ul>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jammef 50/1000 mg</li> <li>- Amonel 5 mg</li> <li>- Carerbyl 5 mg</li> </ul>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<b>GABA</b> <b>21 JAN 2022</b>
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\* Cette déclaration est requise chaque année

En application de la loi 48-99 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS se réserve la possibilité d'utiliser les informations communiquées