

# 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.

## 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 :

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- 065564

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUDOUCH HASSAN  
Date de naissance : 10-04-1955  
Adresse : 85 LOT Epinal APT 4 Maarif Extension Casablanca  
Tél. : 0624030348 Total des frais engagés : 1721,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

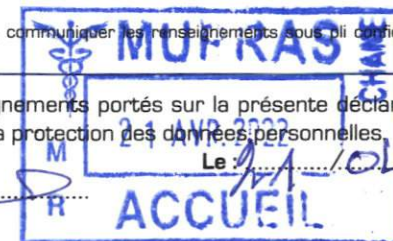
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Boudouch Hassan Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Douleurs Abdominales  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 10-04-2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 14/04/22        | V                 |                       | 3000                            |                                |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <p>Madame BARTAL FATIMA</p> <p>Pharmacie Achraf</p> <p>Rue Socrate - Maarif</p> <p>Casablanca - Tél : 0522 25 22 09</p> | 14/04/22 | 1421,30               |

## 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 l'

| 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   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H   |                     | H                  |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                           | 25533412  | 21433552            |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000            |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                           | D   |                     | G                  |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000            |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                           | 35533411  | 11433553            |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                           | B   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>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'EX



Casablanca, le

14 AVR. 2022

الدار البيضاء، في

Boudouch

HASSAN

215,00 x 6

ZOCAS 40mg

53,00 / j

au filir

Daktarin gel buccal

2cm x 2 / jir 3 gorder en l'après-midi

Nafar

78,30

Nomyx 40mg

1 gule 1 j' x 7 j' 1421,30

1421,30

Madame PARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Soumaya - Imarif  
Casablanca - Tél: 0522 25 22 09

Maphar  
Bd. Mikima N° 6, QI  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal 140g  
p.p.v. : 53,00 DH

6 118001 180745

LOT 211967

EXP 10/2023

PPV 215.00DH

AFRIC-PHAR  
LOT 202944 EXP 03/2023  
PPV : 78DH30

Docteur Mohamed Slaoui  
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie  
Proctologie - Maladies - Chirurgicales  
ENDOSCOPIE - ÉCHOGRAPIE  
62, rue Soumaya - Angle boulevard Abdelmoumen  
2<sup>ème</sup> étage - imm. « Fiat - Jeep » - Casablanca - Maroc  
Tél: 0522 23 78 83 - Tél / Fax: 0522 25 99 87  
slaouimed.doc@gmail.com

LOT 211967  
EXP 10/2023  
PPV 215.00DH

LOT 211967  
EXP 10/2023  
PPV 215.00DH

LOT 211967  
EXP 10/2023  
PPV 215.00DH

LOT 211967  
EXP 10/2023  
PPV 215.00DH

LOT 211967  
EXP 10/2023  
PPV 215.00DH