

# 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.  
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.

## Radiologie 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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° M20- 0006815

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8562 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BELBACHIR KARIM  
Date de naissance : 09 / 02 / 1971  
Adresse : VILLA 13 RESIDENCE LES 3 GOLFS  
VILLEVERTE BOUSKOURA  
Tél. : 0663709512 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Imane MARKOUCH  
Dermatologue - Rhumatologue  
Dermatologie Esthétique - Laser  
224 Rue 14 Novembre Ag. L. 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 87 54 43

Date de consultation : 14 / 02 / 2022  
Nom et prénom du malade : BELBACHIR MERYEM Age : 18 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Dermite  
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 : 20 / 02 / 2022

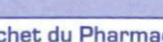
Signature de l'adhérent(e) :


*[Signature]*

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
14/02/2022	G		Globul	<p><b>Docteur Imane MARKOUCH</b>            Dermatologue - Gynécologue            Dermatologue - Pédiatre - Gynécologue - Lame            224, Rue 14 Manderone Ain Chok - Coamblanc            Tél: 05 22 87 58 43</p>

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/02/2022	G		Golant	<p><b>Docteur Imane MARKOUCH</b>            Dermatologue et Pédiatre            Dermatologie, Pédiatrie, Cosmétologie Laser            224, Rue 14 Manderson Ain Chok - Casablanca            Tél: 05 22 87 58 43</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
 MOULMAKHLER PHARMACEUTICALS Tél : 05 22 59 09 87 / 06 66 74 74 62	14/09/2022	1016,00 DH

Cachet du Pharmacien du 5 <sup>ème</sup> arrondissement	Date	Montant de la Facture
 <b>MOULNAKHLIA PHARMA</b> Tél : 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62	14/02/2022	1016,00 DH

[illegible]

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

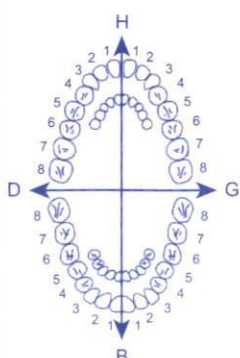
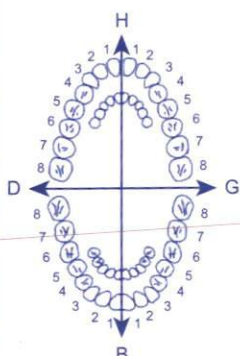
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

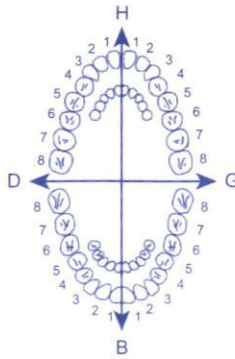
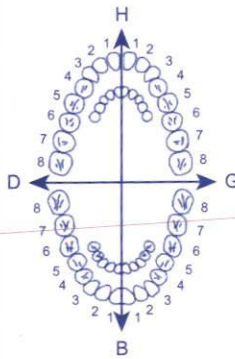
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/>   <input style="width: 90%;" type="text"/>   <input style="width: 90%;" type="text"/>   <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/>   <input style="width: 90%;" type="text"/>   <input style="width: 90%;" type="text"/>   <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة إيمان مركوش

اختصاصية في أمراض الجلد و التناسل

خريجة كلية بيير و ماري كوري باريس 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le : 14 FEB 2022

Mlle Maryem BELBAACHIR 1902



MOULNAKHLA PHARMA

Tél : 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62

PPV: 249 DH 00

PPV: 249 DH 00

PPV: 249 DH 00

PPV: 249 DH 00

① SOUTET 20mg

249,00 x 4

= 996,00 DH

2cp le soir au milieu

dur 20 j x 2 mois

contracept stricte

② Cénibarm 20mg

20,00 DH

1cp x 2 j ; 10 j ;

x 2 j ; 2 j de repos



20,00



224, Rue 14 Mandarouna - Ain Chock - Casablanca البيضاء الدار البيضاء

Tél : 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62 - E-mail : imanemarkouch@yahoo.fr

1016,00 DH