

# 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.

## 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 ALP :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007742

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 953 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Mangue Zahra  
Date de naissance : 1991/11/11  
Adresse : Hay EL Hana Rue 22 n° 21  
Tél. : 0661420824 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 25/04/2022  
Nom et prénom du malade : BAKKAL Zahra Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Migraïne  
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 : Le : / /

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
25/04/22	15		200DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL JAOUI</b> Dr. JAOUI Beuchra Rue 22 N 16 Hay El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24	25.04.2022	79.5

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

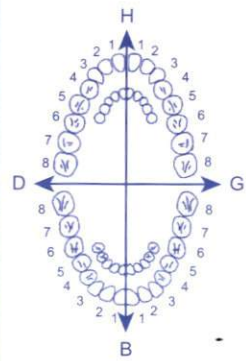
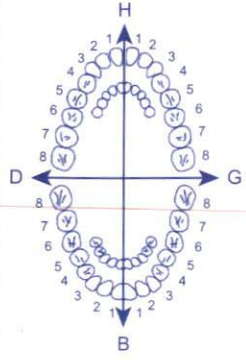
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	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



Casablanca, le 25-04-22

BARKAL ZAHRA

- متعددة المماريات
- حائزة على دبلوم الفحص بالصدى
- حائزة على دبلوم الطب الرياضي
- حائزة على دبلوم التغذية و الحمية
- التغذية الوظيفية
- حائزة على دبلوم داء السكري
- أمراض الأيض - السمنة
- الطب النسائي - فحص ما قبل الزواج
- مراقبة العمل
- لصحة معتمدة من طرف وزارة الصحة
- للفحص الكبدي خاص برخصة السياقة

omnipraticienne

Diplômée en Echographie

Diplômée en Médecine du Sport

Diplômée en Nutrition-Dietetique  
Nutrition Fonctionnelle

Dipômée en Diabétologie

Maladies métaboliques - obésité

Gynécologie - Examen prénuptial  
Surveillance de la grossesse

Medecin agréée par le ministre  
de SP pour l'examen medical  
du permis de conduire

SV Spectolox  
19,50

1 application en cas  
de toux

LOT 210224  
2024/04  
PPC: 79,50 DH

PHARMACIE EL JAOUI  
Dr. JAOUI Rachida  
Rue 22 n° 36 Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

الطبيبة رشيدة حوميد بناني  
Dr. Rachida HOUMID BENNANI  
Boulevard Sidi Abderrahmane  
Derb El Houria - Bloc 208  
N°85 Hay Hassane - Casa  
Tél.: 0522 90 23 81

PHARMACIE EL JAOUI  
Dr. JAOUI Rachida  
Rue 22 n° 36 Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

درب العريفة، شارع سيدي عبد الرحمن بلوك 208، رقم 58 - الحى الحسنى  
05 22 90 23 81 : الدار البيضاء - الهاتف

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N° 58 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél : 05 22 90 23 81

E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com