

# 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.

## 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 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

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° M21- 067073

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6088 Société : 116421

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZINE SAIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661321693

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 MAI 2022

Nom et prénom du malade : M- ZINE SAIDA Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : gastroentérite

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) :



# 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
12/05/22		C	150	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/04/22

397,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

16/05/2022 Rd pousse FIP

400,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

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 de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

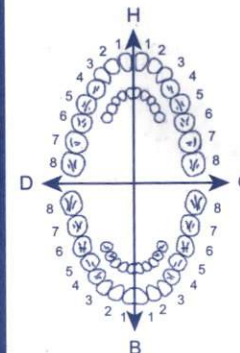
Coefficient

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)

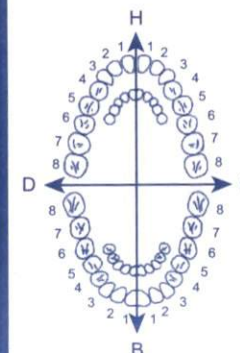
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. OUALIM Abdel Hamid

Ex.Médecin Militaire

à Samara et Guercif

Expert Assérmenté Près les Tribunaux

Spécialiste en Echographie

MEDECINE GENERALE

الدكتور وليم عبد الحميد

طبيب عسكري سابقا بسمارة و جرسيف

خبير محلف لدى المحاكم

اختصاصي في الاكوكرافيا

الطب العام

Casablanca, le : 13/04/22 : البيضاء في

Mr ZINE SAIDA

53.00

1/ ZPP 20/19

18/21

HP

96.80

4 Axi-mycine 19

1/21

49.80

31 Flagey 500

14/21

2x98.80

31 411 Neo/ster 160m

1/21

PHARMACIE JAWHARA  
S. BELHABIB  
22, Rue Lamartine - Casablanca

PHARMACIE JAWHARA  
S. BELHABIB  
397.20  
Tél : 98.60.34-CASAB

طبيب عسكري سابقا  
بسمارة و جرسيف

البيضاء في 13/04/22  
رقم 341 الحي الجديد - الدار البيضاء - الهاتف : 06 68 14 62 01  
Lissasfa 2 Bloc (B) N°341 Route El Jadida - Hay hassani - Casablanca - GSM : 06 68 74 62 01

**AXIMYCINE®** 24 comprimés dispersibles

PPV 96DH80

LOT 18059 2

EXP 09/2023

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 98DH80  
EXP 02/2025  
LOT 10043 4

PER: 08/2026  
LOT: 21E022  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL 820  
P.P.V.: 49DH80

5 118000 060062

**IPP®**

Omeprazole 20 mg  
Boîte de 14 gélules

PPV: 5000 DH

6 118000 190547

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 98DH80  
EXP 01/2025  
LOT 10044 8





**Ctre RADIOLOGIE  
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Date : 16/05/2022

Facture N° : 002205/2022

- Nom patient : ZINE SAIDA
- Examen(s) réalisé(s) : RX POU MON F/P
- 
- Net à payer T.T.C : 400 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de : QUATRE CENTS DH
- Mode de règlement : TPE

L'adherent :

Signature & cachet

**Dr. OUALIM Abdel Hamid**

Ex.Médecin Militaire

à Samara et Guercif

Expert Assérmenté Près les Tribunaux

Spécialiste en Echographie

MEDECINE GENERALE

**الدكتور وليم عبد الحميد**

طبيب عسكري سابقا بسمارة وجرسيف

خبير محلف لدى المحاكم

اختصاصي في الاكوكرافيا

الطب العام

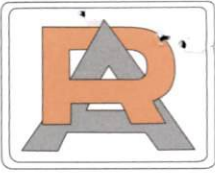
Casablanca, le : ..... 13/05/22 ..... البيضاء في

Mr. ZINE . Saïd

Radiographe poitrine  
Raa & Profil



**الدكتور وليم عبد الحميد**  
طبيب عسكري سابقا  
توساسفة 2 بلوك (ب) رقم 341 الحي الجديد  
الدار البيضاء المحمول : 0558.14.62



**Ctre RADIOLOGIE  
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن**

**Dr BENNISS Fouad**

**Pr FATHI Khadija**

**Dr LARAQUI BENSOUA Nadia**

**الدكتور بنيس فؤاد**

**الأستاذة فتحي خديجة**

**الدكتورة العراقي بنسودة نادية**

Médecin Traitant : **DR OUALLIM ABDELHAMID**

Nom du patient : **ZINE SAIDA**

Examen réalisé : **RX.PULMON.F/P** Date : **16/05/2022**

**COMPTE RENDU**

**RESULTATS:**

- Transparence normale des deux champs pulmonaires.
- Absence de foyer évolutif pleuro-parenchymateux systématisé.
- Silhouette cardio médiastinale normale.
- Les culs-de-sac costo-diaphragmatiques sont libres.

**Confraternellement  
DR F. BENNISS**

