

## 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 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

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-682780

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379 Société : \_\_\_\_\_

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL IDRISSI LAIFA

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : habituelle

Tél. : 0613700700 Total des frais engagés : 1852,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/06/2022

Nom et prénom du malade : EL IDRISSI LAIFA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthrose

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 : Casa

Le : 14/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Dates des Actes	Natures des Actes
27/02/2022	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/02/2022	U		fr. 100	INP : <b>Dr. Amine AZ</b> <b>Traumatologie Orthop</b> <b>CHP MOHAMED V- AS</b> <b>INPE 091036889</b>

Cachet du Pharmacien  
ou du Farmaceute

Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ALON HALAK Haj Pharmacie en Pharmacie Quartier Sebou - BORDJ Tél : 05 22 90 53 53 SABLANCA 15-17488000057</p>	14/06/22	1852,20

Garantie Signature du  
Laboratoire de Radiologie

[illegible]

	Cachet et signature du Particien
--	-------------------------------------

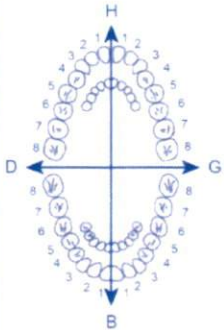
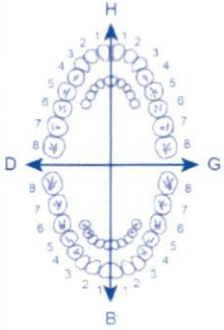
[illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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 de l'ODF.

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>G</div> <div>B</div> </div>		<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div>	
		<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</div>		<div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div>	
				<div>DATE DU DEVIS</div> <div></div>	
				<div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div></div>	

### 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le: 14/02/2022

### Ordonnance

M<sup>e</sup> El Edouard Latif

1) Fosavance  $\varphi$

AS

193,60  $\times 6$  Alphemaine 1/1/1 3 mois

2) Califix D<sub>3</sub>

AS

42,20  $\times 3$

3) Piantédine gelule

AS

188,00  $\times 3$  1/1/1 3 mois

44

1852,20

PHARMACIE AL OUBRA  
S. CHALAK H. AL OUBRA  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Sebaâ - El Oubra  
Tel / Fax : 05 22 66 12 41  
CASABLANCA  
ICE : 0015414680005

AMINE AZIZ  
MATOLOGIE-ORTHOPELIE  
CHP MOHAMED V  
CASABLANCA

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

6118001160471  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

6118001160471  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

6118001160471  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

6118001160471  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

6118001160471  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

6118001160471  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

هذا الدواء  
PPU 188.00 DH

هذا الدواء  
PPU 188.00 DH

هذا الدواء  
PPU 188.00 DH

42, 20

42, 20

42, 20





Le 14/06/2022

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

DR. AMINE AZIZ  
TRAUMATOLOGIE-ORIHOPEDIE  
CHP MOHAMED V  
CASABLANCA

Certifie que Mlle, Mme, M :

El Edoum Latifa

Présente

Neopron - Arthrose

Nécessitant un traitement d'une durée de:

06 (six) mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR. AMINE AZIZ  
TRAUMATOLOGIE-ORIHOPEDIE  
CHP MOHAMED V  
CASABLANCA