

## 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

- Reclamation : 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° W19-458553

12.06.23

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2403 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : ELABSSI JALAL

Date de naissance : 25/04/1973

Adresse : 19 Rue la fontaine Racine CASA

Tél. : 064116508 Total des frais engagés : 1431,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 20/05/2022

Nom et prénom du malade : ELABSSI JALAL Age : 49 ans

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

Nature de la maladie : Dentaire

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 : 28/06/22

Signature de l'adhérent(e) : 



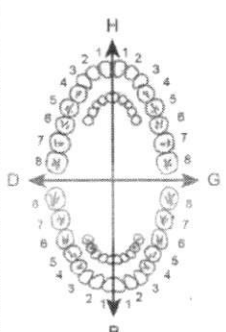
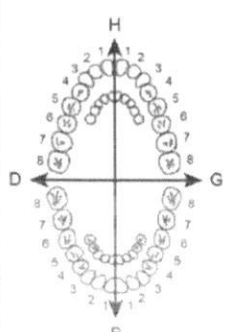


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/05/22	CC	22	250	INP : 091089634 CABLANCA Tél. 02225350

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ARABI Mme H. EL ARABI Bd Abdelaziz Ben Kaddour INP E: 092023027	20/05/22	681,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Mohammed RAHMAN Service des Urgences et Soins Médicaux GSM: 0669974367	21/05/22			10		500,00 D/T
	30/05/22					50x10

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<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															

# Docteur Majid Lahlou

# الدكتور مجيد لعلو

**SPECIALISTE**  
**DERMATOLOGUE-VENERELOGUE**

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et  
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

**COSMETOLOGIE.**

72, Rue Ahmed El Mejjati - Maarif

(EX. ALPES) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M : 06 61 06 69 78

**اختصاصي**

في أمراض الجلد و الشعر

والأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

**علم التجميل**

72, زنقة أحمد المجاطي (سابقا ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le

20/05/2011

1<sup>er</sup> EL. ABSSEJ. JALAL

① 20 ds spray Solution antiseptique  
1 app x 2/ Sur le Furoncle de  
régim périnéum (10 ds) x 10 ds

117,00

② Fucidine crème 2%  
1 app x 2/ Sur le Furoncle de  
régim périnéum (10 ds) x 10 ds

39,70

③ Floxap. 500  
2 ds de 16 ds  
2 ds x 2/ 2 heures après  
repas du petit déjeuner et du  
pd + 10 ds

116,40  
85,80

④ Gentosyl 160 injectable  
Gentalgine 160: injectable  
1 IA 1/2 x 10 ds  
2 bts de 10 ds

114,00

⑤ Poliprane 1g: cr  
1 cr x 2/ 2 heures après  
repas du petit déjeuner  
x 10 ds

14,00

681,60

Pharmacie EL ANDEL  
Mme H. EL ARAKI  
Bd Ahmed El Mejjati Ben Kaddour  
Tél: 05 22 25 35 69

**BACTOSPRAY**

LOT 2203007  
EXP: 02/2026  
PPC: 148.00DH

Laboratoire ADDAX  
France

PPV 85DH80  
LOT 100281  
EXP 11/2023

**FLOXAM**<sup>®</sup>  
Flucloxacilline

**500 mg**  
16 gélules Voie orale

**Fucidine**<sup>®</sup> 2%  
crème Tube de 15 g

39,70

**Fucidine**<sup>®</sup> 2%  
crème Tube de 5 g

39,70

PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L370

PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L370

PPV 116DH40 LOT 150116  
EXP 08/2023

**FLOXAM**<sup>®</sup>  
Flucloxacilline

**500 mg**  
24 gélules Voie orale



Llorente

**Gentamycine<sup>®</sup>**  
Gentamicine

**160 mg**

**Gentamycine<sup>®</sup> 160 mg**

Gentamicine

**Llorente**

**6 ampoules injectables de 4 ml**

LOT 428

EXP 10/23

PPV 112DH00

**Gentamycine<sup>®</sup> 160 mg**

Gentamicine

**Llorente**

**6 ampoules injectables de 4 ml**

LOT 430

EXP 10/23

PPV 112DH00

500.00MAD  
Mohammed RABEH  
Service des Urgences  
et Soins Médicaux  
GSM: 9669974367