

## 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° W19-448650

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOSSAIR Mohammed

Date de naissance : 04/09/62

Adresse :

Tél. : 0662767068 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Iliam DHAN  
Médecine Générale  
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi  
Casablanca - Tél. : 05 22 20 44 22

Date de consultation : 06/10/2022

Nom et prénom du malade : NOSSAIR Fatima Elhabo

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

Nature de la maladie : Affection - O.A.

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/08/2022      | 1c                | 1                     | 15024                           | INP : 0710370244<br>Docteur Ilham Khattabi<br>Médecine Générale<br>Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi<br>Casablanca - Tél: 05 22 22 22 22 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE GALIEN<br>Dr. MOHAMMED EL MARI<br>77, Rue de Rome - Casablanca<br>Tél: 05 22 80 67 87 / 67<br>N°PE 092063031 | 06/08/22 | 539,40                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

|   |   |          |   |                     |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|---|---|----------|---|---------------------|-------------------------|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|--|---|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--------------------|--|
|   |   |          |   |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   |   |          |   |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   |   |          |   |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   |   |          |   |                     | FIN D'EXECUTION         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   |   |          |   |                     |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |          |   |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> |          |   |                     | H                       |  | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | D |  |  | B | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | MONTANTS DES SOINS |  |
|   | H   |          | G |                     |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   | 25533412  | 21433552 |   |                     |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   | 00000000  | 00000000 |   |                     |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   | D   |          |   | B                   |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
| 00000000  | 00000000  |          |   |                     |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
| 35533411  | 11433553  |          |   |                     |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |          |   | DATE DU DEVIS       |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |
|   |   |          |   | DATE DE L'EXECUTION |                         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                    |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## ECHOGRAPHIQUE



## الفحص بالصدى

NOSSA IR Fatima Ezzahra

## Ordonnance

## Casablanca, Le

103,6 →

① Amoxicil 19 19<sup>th</sup> 5/10

$$\frac{1}{3} / 10$$

⑨ Max: laser on bioassay

③  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

Handwritten notes and symbols on lined paper, including a circled '4', a circled 'S', and various scribbles.

⑤ 28,40x3  
Microd. 3  
dcl 1/17-1/1

PHARMACIA LEGALINI  
S. ROMANO - VIA M. ANTONI  
R. 05 22 80 67 87 / 67  
FAX 0920 663031

PHARMACY  
17 Rue de  
11-03  
11-03  
11-03

all twelve of

corrected  
rephrases:

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 28 34 52 Tél: 05 22 83 47 44 المستعجلات : 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 ماس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

⑥ adds to  
19/11/2024  
⑦ 19/11/2024  
19/11/2024

Docteur Iliam CHAH  
Médecine Générale  
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdelham Khattabi  
Casablanca - Tél: 05 22 28 2422

539,40

PHARMACIE LE GALIEN  
DR. MOHAMMED NATHAM AMRANI  
77, rue de Rome - Casablanca  
Tél: 05 22 80 87 87 / 67  
INPJE 092063031

854 10 2021 10 2024  
BIOCODEX MAROC  
LPV 65,10 DH

LOT: M21148  
EXP: OCT 2024  
PPV: 45,50 DH

LOT 210577  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

PPV: 103,60 DH  
LOT: 648618  
PER: 01/24

GRM99 1123  
PER  
LOT 119.00

PPU 22.90  
PER 11/24  
LOT E239

PPV(DH): 28,40 DH  
LOT N°: 239536  
UTAV.: 08.2023

PPV(DH): 28,40 DH  
LOT N°: 239536  
UTAV.: 08.2023

PPV(DH): 28,40 DH  
LOT N°: 239536  
UTAV.: 08.2023