

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° P19- 0008128

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03631

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELJADIN ABDELKADIR

Date de naissance : 30.06.1960

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

110 + 224 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/09/2022

Nom et prénom du malade : JADIDI Lalla Soudia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Translogie

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 : 25/09/2022


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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 12/09/22        | C                 | C                     | 15004                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien                                                             | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 12/09/22 | 226.00                |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

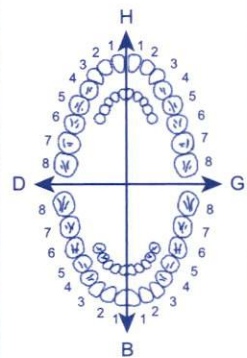
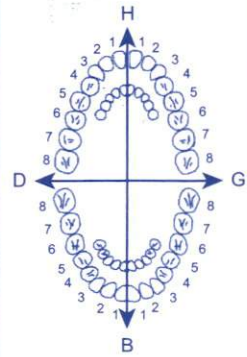
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                             | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><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><br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H                                                                                                                                                                                     |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| 25533412                                                                              | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| 00000000                                                                              | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| D                                                                                     | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| 00000000                                                                              | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| 35533411                                                                              | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| B                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hayat OUARIT

Médecine Générale

- Certificat de Gynécologie Médicale
- Certificat de Diabétologie et Nutrition
- Echographie



الدكتورة حياة وارث

الطب العام

- شهادة في أمراض النساء
- شهادة في مرض السكري و التغذية
- الفحص بالصدى

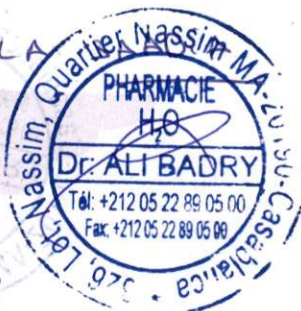
Casablanca, le : 12/02/2012 : الدار البيضاء, في :

**ORDONNANCE**

PPV: 95DH50  
PER: 03/24  
LOT: K2832-6

M JAOUD LALLA

(S.V.)



① Progestin 503 mg

LOT : 4466  
PER : 03/24  
PPV : 46,60 DH

② H6100 503 mg

(S.V.)

③ H6100 53,10

(S.V.)

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
LOT: 221004  
PER: 01 2025

شارع إقامة شيماء، إقامة سفيان عمارة A'2 رقم 1 الطابق السفلي - سيدي معروف  
Boulevard Résidence Chaimaa, Résidence Soufiane Imm A'2 N°1 RDC - Sidi Maârouf- Casablanca

الهاتف : 05 22 97 36 55

28,80  
(u) vit. m. y. p

LOT 28,80  
PER

2 y. 3 / [S.V.]

176

To 224.00

Dr. HAYAT OUARIT  
Médecin Généraliste  
R68, Soufiane Imr A2 N°1 RDC  
Sidi Mabrouk - Casablanca  
Tel: 05 22 67 30 30

DR. ALI BADRY  
PHARMACIE  
H2O  
MA-2011-96-Casablanca \* 326, Lot. Nassim, Quartier  
Tel: +212 05 22 89 05 00  
Fax: +212 05 22 89 05 00