

# 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° P19- 058285

134238

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

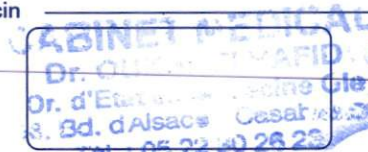
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Zakiah Bouaboul  
 Date de naissance : 11.02.1968  
 Adresse : 143 Bd Omar Rifi Esc 5 APP 20 Casablanca  
 Tél. : 0626301902 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2022  
 Nom et prénom du malade : Bouaboul Zakiah Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 18/10/2022

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
18/10/22	U		2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

*[Signature]*      18.10.22      371.70

# 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

AM    PC    IM    IV


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

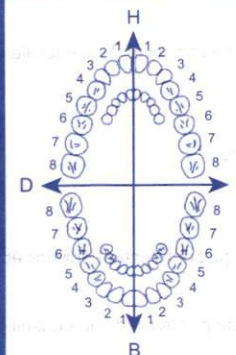
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

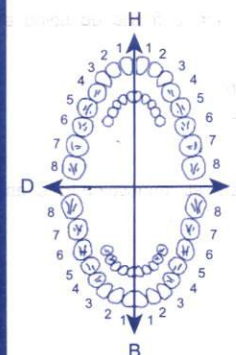
FIN D'EXECUTION

# 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. Hafid OUKHLIFT**

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R  
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE,  
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE  
CERTIFICAT DE LA FEDERATION  
INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.  
ECHOGRAPHE  
HOLTER TENTIONNEL  
ECG

**الدكتور حفيظ أوخليفة**

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية  
عضو منتسب للجمعية الفرنسية  
و الأوروبية لأمراض القلب  
عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني  
شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الإنزاد  
الأوروبي للأطباء الاختصاصيين  
الكشف بالصدى (إكوغرافي)  
هولتير الضغط الدموي  
تخطيط القلب

Casablanca, le

18/10/2022

Bou Amro 32m24

170,00 - 09/11/2009

97,90

20,00<sup>42</sup> - 05/11/2009

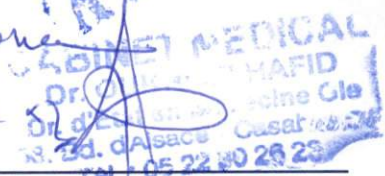
47,80

- DA Ser

16,00

371,70

- Titane



# Ofiken®

Céfixime

## 200 mg



8 Comprimés pelliculés  
Voie orale



LOT 221866 1

EXP 05 24

PPV 97.90 DH



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سو طيما  
Sothema

8 أقراص مغلفة

ملغ 200

أوفيكسين  
سيفكسيم



# Ofiken®

Céfixime

## 200 mg



**16** Comprimés pelliculés  
Voie orale

LOT 220850 1

EXP 03 24

PPV 170.00 DH



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطيما  
Othema

أقراص مغلفة  
**16**

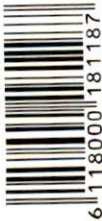
أوفيكين<sup>®</sup> 200 ملغ  
سيفيكسيم





ملغ 4<sup>®</sup> سنتروم  
أسينو كومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

10 أقراص من فئة 4 ملغ  
عن طريق الفم

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

دازين 10.000 وحدة  
سرايتاز



40 Comprimés enrobés gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI

40 قرصا ملبسا

معدى - مقاوم

عن طريق الفم



مختبرات سينميدك

20 - 22 زقة زير بن العوام

الصخور السوداء - الدار البيضاء

47,80

PPV :

EXP :

Lot N° :