

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

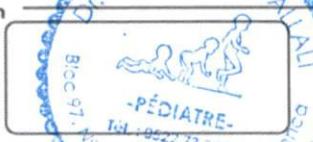


## Déclaration de Maladie

N° W21-611222

134581

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7854	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : KHADDA BRAHIM			
Date de naissance : 20/11/1969			
Adresse : RUE 3 N 320 AL AZHAR AHL LOULIGHAM BERNOUSSI			
Tél. :	0673715369	Total des frais engagés :	686,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 07/10/22	
Nom et prénom du malade : KHADDA Amass	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affection	
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  
Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 07/10/22

### RELEVE 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
07/10/22	CS	A1	200 DHS	INP : 091187559 DR. T. L. 14-0223474

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ADINATI PHARMACEUTIQUE ICE : 002801 ADINATI	07/10/22	486,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

Pédiatre

طبيبة الأطفال

Diplômée de l'Université de Toulouse

Ancienne Interne des Hôpitaux de Toulouse

Ancien Praticien des Hôpitaux de France

Réanimation Néonatale

خريجة كلية الطب بتولوز

داخلية سابقاً بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقاً بمستشفيات فرنسا

Casablanca le 07.10.22

KHADDA Anass

Tans / 21,5 kg

13.10.70

1/ NASONEX **1's**

1 pulv dans chapeau matin

36 plus 3 le matin

2/ ERLUS **5sp**

5ml 67.8

3/ TODEX **S.V.**

89.001 cullines

4/ FITOFER **S.V.**

taillis gr + 1 j

Sté GRANDE PHARMACIE ARAFAT  
 Sidi Bernoussi CH 11-1400 Lot Al Azhar  
 Madinat Al Idrissi Casablanca  
 ICE: 0522/40800052

chapeau matin  
 2 mes

le pou - 2 mes



بلوك 97 رقم 8 سيدى البرنوصي، الدار البيضاء - الهاتف : 0522 73 34 74

Bloc 97, N°8, Sidi Bernoussi, Casablanca - Tél. : 0522 73 34 74

N°86.20

**TOUDEX®** Mauve - Cassis



6 111255 810413



6 118001 150199 >

**Fitofer®**  
Solution buvable  
**B9**



8 032578 475203

**Fitofer®**  
Solution buvable  
**B9**



8 032578 475203

**Erlus®**  
Desloratadine

sirop 100 ml



6 118000 180890

0,5 mg / ml

sirop 100 ml



**Erlus®**  
Desloratadine

**Erlus®**  
sirop 100 ml



6 118000 180890

0,5 mg / ml

sirop 100 ml



**Erlus®**  
Desloratadine

**Erlus®**  
sirop 100 ml



6 118000 180890

0,5 mg / ml

sirop 100 ml