

# 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

- 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° M20- 0006433

2992  
M 2662

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 948 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Veuve  
 Nom & Prénom : AZEDDOU ZINEB  
 Date de naissance : 15/01/1947  
 Adresse : N°14 Rue 11 Binelandoune CASABLANCA  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs



### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. MEKHASSI - Toub  
 102 Rue Binelandoune - Bin Landoune CASABLANCA  
 Téléphone : 022.21.62.49  
 Date de consultation : 02/12/2012  
 Nom et prénom du malade : AZEDDOU ZINEB Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : affect en franchise + e Rh.  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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
22/12/2022		1		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/22	324,05

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

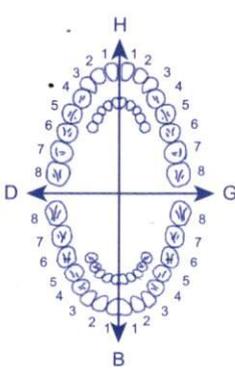
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

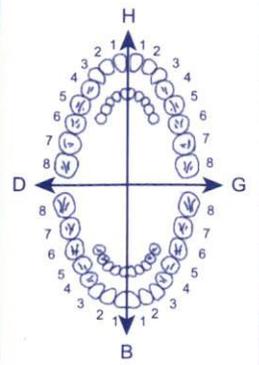
**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

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



**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <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 Souâd MEKNASSI**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**  
**Médecine de Travail**  
**Certificat de Nutrition**



**الدكتورة سعاد مكناسي**  
**الطب العام**  
**طب الشغل**  
**شهادة الحمية و التغذية**  
**شهادة الطب التجميلي**  
**و الليزر الطبي**  
**شهادة التصوير بالصدى**  
**من كلية الطب بمونبولى**

**Diplôme de Médecine Esthétique**  
**et Lasers Médicaux**

**Diplôme d'Echographie Générale**  
**de la Faculté de Médecine de Montpellier**

Casablanca, le : 22/10/2022 : الدار البيضاء، في:

9 me  
 A22000V  
 A22000V 29,2  
 19,5  
 3A 1/2  
 123,25  
 la mal  
 222,31

**S.V.**  
**S.V.**  
**S.V.**  
**S.V.**

HASSOUNI ABDE...  
 Pharmacie 3A...  
 (Ex. Pharmacie A...  
 Rue Laknadssa, Bin Lam...  
 Tél.: 05 20 16 73 98 - IN...  
 CE : 0021 2962200000

- Saphat 0,1% 18,50 (S.V)

20/T 20,40 (S.V)

- Saphat  
1 C5 some 1 Roum eye

- Saphat 20,20 (S.V)  
20/T  
Saphat

**Dr. MEHASSI A. SAUD**  
M.D. Dr. GENEVALE  
182, Rue Lakhdar - Bin Lomdoune  
C.A. S. BLANCA  
Téléph: 020 16 73 98 - 02.49

T = 324 05.

**HASSOUNI ABDERRAHMAN**  
Pharmacie 3AMZ  
(Ex. Pharmacie Al Fath)  
Rue Lakhdar, Bin Lomdoune Caso  
Tél.: 05 20 16 73 98 - INPE : 092004860  
ICE : 99919999999999 - IP : 34091099

Sophtal® 0,1%

صوفتال 0,1% قطرات للعين

أوتيباكس

فينازون، كلوراليدرات، الليدوكائين

gastrogel

Suspension flacon de 250 ml

P.P.V. : 20,40 DH

6 118000 190448

AKINDEX

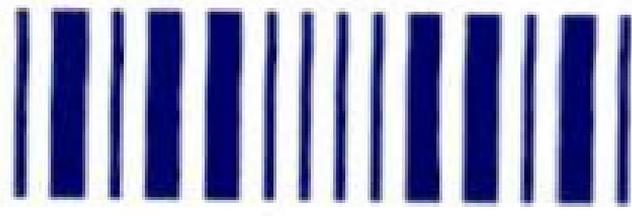
SIROP ENFANTS

N°: 217 DMP/21/NRQ  
LOT: 22081 PER: 06/2025  
PPV: 19,40 DH

PPV 20.20 DH

1850

محلوا  
نقطيا



6 0 2 2 0 9  
 LOT 1 2 2 0 9  
 PER 0 6 / 2 5  
 PPV 7 9 D H 7 0

# AZI

Azithron

500

Vc

**Propriétés nutritionnelles:**

Revalorise la puissance physique et mentale - contribue à l'amélioration des conditions de

fatigue, d'épuisement et de dépression.

Contre les situations de stress physique et

mental, perte de concentration, baisse de

performance.

Comble efficacement les carences en

vitamines, minéraux et oligo-éléments ou

cours de la convalescence et stress.

Adapté aux diabétiques (sans sucre)

**Dose journalière:** une capsule à prendre une fois

par jour avec le petit déjeuner ou comme

recommande par le professionnel de la santé.

**Ce produit est un complément alimentaire et, ce**

**n'est pas un médicament.**

Conserver à une température inférieure à 25 ° C, à

l'abri de la lumière directe du soleil et de l'humidité.

Avant utilisation, lire la notice à l'intérieur.

CE N° DA20191607445DM/20UCA/MA12

FSC No.:03/27/108/00192/AM-21

GTIN: 18901296302726

Lot: RGM00921

Fab: SEP.2021

EXP: AUG.2024

S.N.: COMNWL1XK



Prix : 123DH25