

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-444517



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

11693

Société :

Psym

143 257

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abouch Imad

Date de naissance :

29.01.75

Adresse :

Immeuble

Télé. :

06 99 32 50 34

Total des frais engagés :

150 + 279,40

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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.

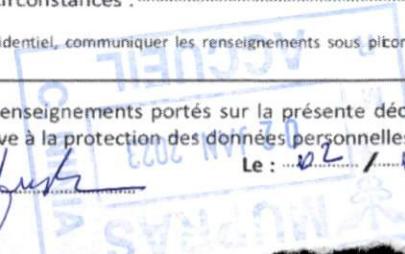
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Abouch Imad

Le : 02 / 01 / 23



| 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                    |
| 26.12.2022                     | C                 | 100,31                | INP 151004633                   |  |
|                                |                   |                       |                                 | Dr. Hassan<br>Généraliste<br>Services Médérale                                    |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
| <i>[Signature]</i>                     | 26/12/22 | 625, B 279,40         |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|--|---|---|--|----------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.   |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br><br>  | <b>Dents Traitées</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Nature des Soins</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Coefficient</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | INP : <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Coefficient des travaux</b><br><input type="text"/>   |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b><br><input type="text"/>  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>DEBUT D'EXECUTION</b><br><input type="text"/>   |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>FIN D'EXECUTION</b><br><input type="text"/>   |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Coefficient des travaux</b><br><input type="text"/>   |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b><br><input type="text"/>  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>DATE DU DEVIS</b><br><input type="text"/>   |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>DATE DE L'EXECUTION</b><br><input type="text"/>   |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   |   |  |                            | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
| H  | 25533412  | 21433552  |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| D  | 00000000  | 00000000  |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| B  | 35533411  | 11433553  |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>  |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>   |   |   |  |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |

lot  
ter en  
avant



8 032578 479263

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,50 DH

220602  
07/2025



الدكتور الضريفي حسن  
الطب العام  
طب المستعجلات  
طبيب معتمد للفحص الطبي  
لرخصة السياقة

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00  
EXP 08/2025  
LOT 24015 6

Casablanca, le 26.12.2022

Disach IbTissen

PPU: 79,90 DH  
LOT: 651043  
PER: 06/24

INPE: 09200/7874

DRAÏFI AL BASSURA  
Dr. DRIIFI Hassan  
BEN YOUSSEF Ahmed  
Tel.: 05 24 80 54  
Fax: 05 22 24 85 44

Dr. DRIIFI Hassan  
Médecine Générale  
Médecine des Urgences  
625 Bd Mohamed V Belvédère  
Tél. 06 22 24 14 90