

## 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° M21- 0034682

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABALI Nohamir 147253  
Date de naissance : 1943  
Adresse : 127 Rue Abou WAQT Khalaf Imm. SEKKAT Bourgogne  
Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : DARDARY Safia 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 : CASABLANCA Le : 30 JAN 2023  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

## NATURE DES PRESTATIONS


Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	16.11 2022	Cg a domicé	600,	PA DEAN MOURE Marouan Médecin des Urgences	50118315 [Barres]
					[Barres]
					[Barres]
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					[Barres]
					[Barres]
					[Barres]
					[Barres]
					[Barres]
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					[Barres]

Praticien	Date début et fin de soins (+)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____
					_____

(a)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
- Accord préalable obligatoire

## FRAN PHARMACEUTIQUE

Code INPE: LNPE 092 042 092

Date (*) début Traitement	Date (*) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
16/11/22	16/11/22	Vogalenc supp 	01	11,30	11,30
			TOTAL .....	01.....	11,30

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
Ay Mehdi Ben Barka,  
Rue Abdellatif El Hadadoui N° 3  
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

## OPTICURE®

Code INPE:                     

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verrres ou Lentilles			

(e)<sup>3</sup> - La prescription et la facture des verres sont obligatoires.



- Le nom et prénom du bénéficiaire doivent obligatoirement être portés sur la prescription.
- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie (et/ou) de laboratoire) ...
- L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.



## PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : DADDARY SAFIA  
Nature de la maladie (s) : Gastrite  
CIM-10 :  
Dr. AMMOURI Marouan  
Médecin des Urgences

(\*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

## NATURE DES PRESTATIONS


Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	16.11 2022	Cy a domile	600,	PA DIAMMOURI Marouan Médecin des Urgences	001183101 001183101
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios...)					
Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas ***					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (+) <sup>1</sup>	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires					<div style="border-top: 1px solid black; height: 10px; width: 100%;"></div>
médicaux					<div style="border-top: 1px solid black; height: 10px; width: 100%;"></div>

(n)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
- Accord préalable obligatoire

## FRAIS PHARMACEUTIQUE 285 003 042 093

Code INPE: UNPE 092 042 092

Date début Traitement	Date fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
16/11/22	16/11/22	Vogalene sup 	01	11,30	11,30
<p>PHARMACIE MEHDI BEN BARKA            Av. Mehdi Ben Barka,            Rue Abdellatif Hadaoui N° 3            Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca</p>			TOTAL	01.....	11,30

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

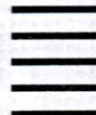
Code INPE: | | | | | | | | | |

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)<sup>3</sup>- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.



- Le nom et prénom du bénéficiaire doivent obligatoirement être portés sur la prescription.
- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie (et/ou) de laboratoire) ...
- L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.



### RELEVÉ DES PRESTATIONS

<p><b>Date de paiement</b> : 02/01/2023</p> <p><b>Num Paiement</b> : 1539059</p> <p><b>Assuré</b> : DARDARY EP.ABALI SAFIA</p> <p><b>N° d'immatriculation</b> : 10066595</p> <p><b>Mode de règlement</b> : Virement</p> <p><b>Veillez Consulter Notre Espace Assuré</b> <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a></p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p><b>DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWABA BANK "RET"</b></p> <p><b>127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3</b></p> <p><b>2EM ETAGE BOURGOGNE 20000</b></p> <p><b>CASABLANCA</b></p> <p><b>MAROC</b></p> <div style="text-align: center;"> </div>
Emis à Casablanca le : 02/01/2023	
Page:1 /3	

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

### Détail de vos remboursements

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0242M20221220213213										
ML3198813	16/11/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	600,00	300.00	0.00	255,00	
ML3198813	16/11/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	11,30	11.30	0.00	9,61	
Total remboursé pour : SAFIA						611,30			264,61	

**Décompte : 1539059 Date de Paiement : 02/01/2023 Prestation : 264,61 DHs**

Pour vos prochaines demandes de remboursement ,notez bien que :

- La pharmacie doit être justifiée par les codes à Barres, à défaut il faut envoyer les Prix Public de Vente (PPV) et les prospectus.
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien (INP)





- Ambulance • Ambulance Bloc Mobile de Réanimation • Transport par Couveuse •
- Evacuation Sanitaire par Avion
- Service Médical • Pompe Funèbre Musulman • Médecin et Infirmier à Demande •
- Médicalisation d'Evénements • Vente et location de Matériel

## ORDONNANCE

Fait à : Casa / Le 16.11.2022

DARDARY SAFIA

1/ Neofortan 160mg

1cp x 3/1 - 05 jours

2/ ESAG 40mg

1 gelule / 1 jour

11,30

3/ Vogalén sup

1 sup x 3/1 - 03 jours

4/ Carboxane cp

1cp x 3/1 - 10 jours

11,30

Dr. MEHDI BEN BARKA  
14, Mahdi Ben Barka,  
Abdelhak El Hadaoui N° 3  
0622 95 15 99 - Casablanca



PPV: 11,30DH

Dr. AMMOURI Marouane  
Médecin des Urgences  
SERVICE 24/24H ET N°1

ANGLE BD ABDELMOUNEN ET GOUNAYA RES SHEHRAZADEZ, 5EME ETAGE N°22  
CASABLANCA-MAROC TEL : 0522272739/0668703681 E.  
MAIL : Majd.assistance@hotmail.com  
PATENTE : 34773677 - RG : 330547 - IF : 15266888 - ICE : 0001307140000067