

# 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

M22- 0044379

Maladie

Dentaire

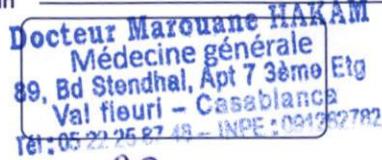
Optique

Autres

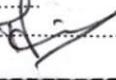
### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04384 Société : R.A.M 147867  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : ASMI / Naima  
Date de naissance : 1956  
Adresse : 66, Avenue Nelly Haisa 1<sup>er</sup> CASA  
Tél. : 0661332849 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
Date de consultation : 30/10/2023  
Nom et prénom du malade : Mme ASMI Naima Age : .....  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Vertiges posthémorragiques  
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
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 Le : 30/10/2023  
Signature de l'adhérent(e) : 

## 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
30.01.13	Ca	1	6750	Docteur Marouane HAKAN Médecine Générale Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etage Tlrl - Casablanca - 87 48 - INPE : 00000700

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CASA 1 AVENUE HASSAN 2 05 22 22 07 93 00254213700003	30/04/2023	26 €,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, 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												
ODF PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				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

Betaserc

HAKA  
de Casablanca

OROXYL®

Promoplus Pharma

PPC = 79,00 DH

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء

طبيب عام

طب الشيوخة

متابعة الأمراض المزمنة

اضطرابات النوم

الآلام المزمنة

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Echographie  
Electrocardiographie

Tanganil® 500 mg

تابجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص -

VTE: MA - PPV: 51DH00

728860

6 118001 183340

30/01/2023

MME ASMI NAIMA

SV

- Betaserc 24 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin, soir au milieu des repas pendant 1 mois
- Tanganil 500 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin et soir si vertiges
- Biofar ACE - Comprimé  
1 Comprimé matin pendant 1 mois
- Maxilase 3000 u.ceip - comprimé enrobé  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 1 semaine
- Doliprane 1g - comprimé sécable  
1 Comprimé, Ttes les 6 h si migraine, frissons ou fièvre
- Oroxyl - spray  
1 application 4 à 6 fois par jour pendant 1 semaine

PHARMACIE DE LA WILAYA  
DU GRAND CASABLANCA  
5 AVENUE HASSAN 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 22 07 95  
Fax: 00254213700083

Docteur Marouane HAKAM  
Médecine générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
Val fleuri - Casablanca  
Tél: 05 22 25 87 48 - INPE: 09129782

Tél : 05 22 25 87 48 - email : m.hakam@gmail.com  
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3ème étage. Val fleuri - Casablanca  
شارع سطن达尔 ، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء.

