

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M22- 0057501

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 637 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 147606  
Nom & Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

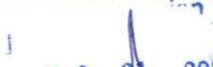
Cachet du médecin : OCEANIC CLINIC  
Date de consultation : 19 / 01 / 2023  
Nom et prénom du malade : Dr. Fatima Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Pathologie médicale  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
19.01.23	voir la facture		515,03	 19-01-2023 Bd. Sidi Abdelmajid, Argel

EXECUTION DES ORDONNANCES		Tél: 0522 39 69 60 - Fax: 0522 39 69 61
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz 8, Route Mly Thami Hay Hassi Tél: 0522 90 21 67</p>	19.1.23	251.00

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

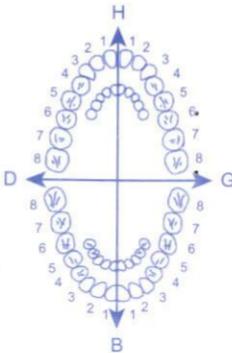
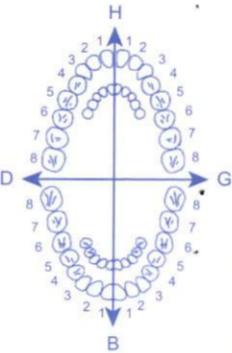
[illegible]

ÉLÈVE 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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div><div>G</div></div></div> <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			CCEFFICIENT 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

C. R de consultation

Mme Draïja Fatma agie

de 84 ans a été vu aux urgences

Pour une détresse respiratoire, elle

a bénéficié d'une oxygénothérapie

et une injection IV de corticoïdes.

Sortie à domicile avec ordonnance.

OCEANIC CLINIC  
Anesthésiste - Réanimateur  
Dr. BERRADA Jaafar  
Dr. FARIK jamal Aziz



090004029

19/01/23

M<sup>me</sup> Drija Fatima

131,60  
- Spectrum 50mg

40,00  
- Effipred 20mg

PHARMACIE POLYCLINIQUE

Dr. TIR Abdelaziz

58, Route Mly Thami Hay Hassani

Tél: 0522 90 21 62 Casa

79,90

- vesles 20mg  
251,56

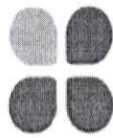
**EFFIPRED® 20 mg**

PPJ 40DH00  
EXP 10/2025  
LOT 20018 10

post 4 jours

LOT 107045/FC6  
PER 09/2025  
PPC 79,90





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 19/01/2023

Facture N° 629/23

Etablie par KAWTAR ACCUEIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3A19452

N° Identifiant : 2301528/23

Nom & Prénom : DRAIJA FATIMA

C.I.NB464457

Date Début :

19/01/2023

Date Fin : 19/01/2023

Adresse : HAY JNANE LOUZ BD EL FILLINE NR 331 HH CASA

Traitement : Consultation

Médecin : BERRADA JAAFAR+FARIK JAMAL

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

<b>SEJOUR</b>					
Frais clinique	1	175,00			175,00
Total Rubrique :					175,00
<b>CONSOMMABLE MEDICAL</b>					
Consommables médicaux	1	5,03			5,03
Total Rubrique :					5,03
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie	1	35,00			35,00
Total Rubrique :					35,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>215,03</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. BERRADA JAAFAR+FARIK JAMAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
Total Rubrique :					300,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					<b>300,00</b>
<b>Encaissement :</b>					<b>TOTAL FACTURE</b>
					<b>515,03</b>
Espèce :	Chèque :	Solde :		515,03	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cent quinze Dirhams et trois Cts

Cachet et signature