

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0007605

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7454 Société : 148936  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AIT BOUSSMANE HOUMAD  
Date de naissance : 01/01/1958  
Adresse : RUE 1, N° 23, MAZOLA, H.H. CASABLANCA  
Tél. : 0661263760 Total des frais engagés : 739,10 Dhs  
05 22 84 65 82

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABADA Reddallah Larbi  
Professeur Agrégé  
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
INPE : 091033514

Date de consultation : 23 JAN. 2023  
Nom et prénom du malade : CHAFI HALIMA Age : 57 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : affection ORL  
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 : 09 / 02 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : ACCIDENT



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE EL OULFA</p> <p>PHARMACIE KOVA</p> <p>Dr. SYMONE AYASMINE</p> <p>154, Bd. du 7 Novembre, Oulfa Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 61 32 92</p>	23-01-2023	439.10

[illegible]

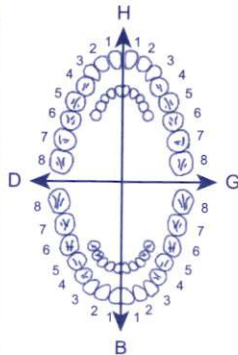
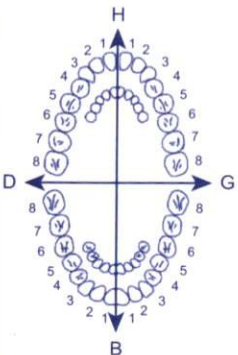
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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"/>														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Redallah Larbi ABADA

PROFESSEUR EN ORL

Et chirurgie de cervico-faciale

Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



الدكتور أباطة رضى الله العري

اختصاصي في جراحة الأنف والأذن والحنجرة

وجراحة العنق والوجه

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca

Dr. ABADA Redallah Larbi  
Professeur Agrégé  
ORL et Chirurgie Cervico-faciale  
INPE : 091033514

N° chafri Halima

23 JAN. 2023

140.00 1/ Ades p. 20

1 GP X 215 Pdt

110.00 4/ Nettoy. Spz

2 Pdt X 215 Pdt

109.00 3/ D'staen

1 GP X 215

80.10 4/ Xyzal

TPA : Clinique RACHIDI 48, BD RACHIDI-CASABLANCA

Tél : Personnel : 06 61 23 51 70 - Assistante : 06 53 47 94 78

Clinique : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

Email : abadaredallah@gmail.com

LOT: 211542  
PER: 05-2024  
PPV: 140.00 DH

LOT: 0810400  
PER: 08/2023  
PPV: 110 DH 00

Lot:

DLC:

DS06/22  
06/2025  
PPC: 109 DH

Dr. ABADA Redallah Larbi  
Professeur Agrégé  
ORL et Chirurgie Cervico-faciale  
INPE : 091033514

LOT212677 1

EXP 10 2025

PPV: 80.10 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

الدار البيضاء

06 53 47 94 78

05 22 22 12 96

