

# 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 503 ..... Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : S.E.B.T.I. A.B.D.E.S.L.A.M.

Date de naissance : 15/08/46

Adresse : Rue SOCRATE RÉSIDENCE "ÉGYPTE SOCRATE"

Porte D - ÉTAPE 1 - APP 1 - 05500 CASABLANCA

Tél. : 06 45 70 984 Total des frais engagés : 560 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/02/23

Nom et prénom du malade : S.E.B.T.I. A.B.D.E.S.L.A.M. Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : S.D.nat.6

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 : C.A.S.A. Le : 18/02/23

"adhérent(e)" : M.J.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18.10.13	2		300	J. L. CHAIDI M.D.C. Chaine Spécialiste O.R.L. tel: 0522.25.55.11 1522.98.17.3

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Signature Pharmacien ou du Gérant	Date	Montant de la Facture
SAHAB	18.10.13	2695

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr S. MOUSSA 96, Rue S. Moussa Tél: 05 22 25 22 09			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				</

LOT: 350 / PER: 11/2025  
PPC: 59,70 DHS

**Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib**

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE  
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et  
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)  
3<sup>ème</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



LOT: 21226 PER: 07/2026  
PPV: 137,30 DH

نجرة  
ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML  
PER: 05/2025  
P.P.V: 17DH70

من  
يضاء  
05 22  
45,80  
21200000010548  
PPV: 45 DH  
15/25

Casablanca, le :

18/4/2023 الدار البيضاء، في :

D = Feb. Ajsl, lue

137,30

1) Clavio 15/05/2023  
18 + 15/05/

13,70

2) Fluval 15/05/2023  
21

45,80

3) Cinkayl 15/05/2023  
20/05/2023

59,70

4) oil propolis gel 21

260,50



Dr. CHRAIBI MBS Chakib  
Spécialiste ORL