

# 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° P19- 0039629

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1067

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ADARI LARBI

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : 18 Residence ENNAIM 2 - Oulad Taleb

Ain Chock - Casablanca

Tél : 06-10-20-5514

Total des frais engagés : 3331,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : ADARI LARBI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA - goutte - phlegme - toux

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.

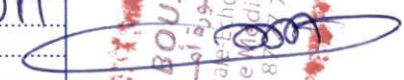
Fait à :

Le : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
03/03/2023		9	200 000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

**PHARMACIE ACHIR**  
101 Bd EL Qods Lot Mandarona  
Rue 14 Inara I Ainehok-Casa  
Tel: 05 22 52 82 53

03/03/2023

2131,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

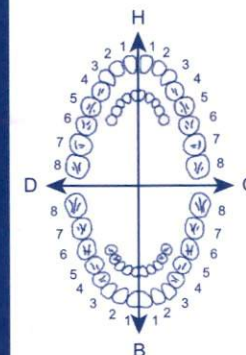
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

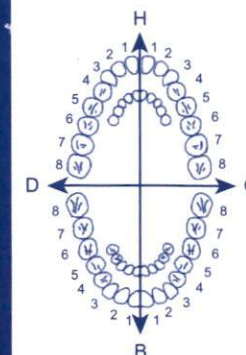
**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Nutrition - Régime Spécialisé

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)

التغذية . تخطيط القلب . الحمية (ريجيم)

طب النساء

P.P.V.

98 90

P.P.V.

98 90

P.P.V.

98 90

P.P.V.

98 90

P.P.V.

98 90

ORDONNANCE

P.P.V.

89 20

P.P.V.

89 20

الدار البيضاء، في: 23/08/2023

98,90x5  
89,20x2

M'S ADARI

4.5

Amlor 40

ut 606mos

118,50x5

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

30,50x2

ARGO

EXP 01 2026  
PPV 31.30

EXP 06 2026  
PPV 31.30

LOT : 1712  
UT AV : 08 - 25  
P.P.V : 30 DH 50

LOT : 9895  
UT AV : 06 - 25  
P.P.V : 30DH50

EXP 04 2025  
PPV 31.30

EXP 10 2023  
PPV 31.30

31,30x6

Zyloric

4.5

ut 606mos

51,30

EXP 06 2026  
PPV 31.30

EXP 05 2026  
PPV 31.30

6 118001 0300  
VOLTARENE® LP 100  
Comprimé pelliculé  
PPV : 51.30 DH

Sup 1.5

806، شارع القدس - الطابق الأول الشقة 2 - حي منظرنا - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 87 27 74

806, Bd El Qods - 1er Etage Appt 2 - Hay Mandarouna - Aïn Chock - Tél. : 05 22 87 27 74



80 00

88,40x2  
20 2y

43

lyl & bar.  
lt 602 moe.

LOT : 5121  
PER : 11-22  
P.P.V : 132DH00

PPV (DH) :

184

PER. : 1 22,70<sup>5</sup>  
PPV : 2 70

19.40

49, 40

1940


 NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH  
 TO THE DIRECTOR  
 Rue 14 Inaa  
 Tel: 05 22