

# 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

- Reclamation : 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° M21- 071250

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10526 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAIMEZ - ABDELLAH

Date de naissance : 20-05-1974

Adresse : Rue 06 N° 16 EL ANA HAY EL OULFA CASABLANCA

Tél. : 06 62 23 91 30 Total des frais engagés : 1560,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2023

Nom et prénom du malade : KAIMEZ ABDELLAH Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthralgie Diabète type II

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.

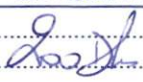
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 02/03/2023


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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02/03/2023      | C1                |                       |                                 | <br>Dr. BETTAC<br>Médecine Générale N°56<br>Bd Oued Tassoul, Oulfa<br>Casablanca<br>Tel 06 45 55 06 54 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <br>PHARMACIE SALAH EDDINE<br>Mme HASSOUL Selma<br>Docteur en Pharmacie<br>56, Bd Oued Sbou Oulfa<br>Casablanca<br>Tel 05 22 90 90 06 | 02/03/2023 | 136130                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

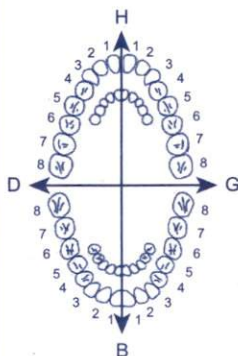
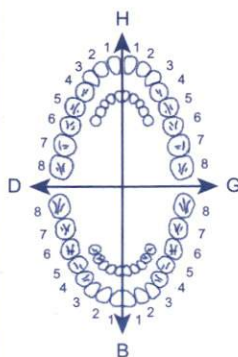
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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"/>         |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                   |             | H  |  | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  | 25533412 00000000  | 21433552 00000000 |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  | D  | G                 |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  | 00000000 35533411  | 00000000 11433553 |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  | B  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                   |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|  |  |                   |             |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca, le : 02/03/2023

Dr. BETTACHE Achraf  
Médecine Générale  
Bd Oued Tassaout, Rue 0, N°36  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 06 45 55 06 54

Mr KAJMEZ ABDELLAH

24.00

1). Cataflam 50 mg

rep 2 tj 18 05

58.30

2). Megasfon 160 mg

rep 3 tj 16 05

69.00

3). Fenolax

rep 3 tj 16 05

66.00

4). Amixol

1 rep 2 tj 18 05

LOT: M22137  
EXP: OCT 2025  
PPV: 24,00 DH

LOT: 5271  
PER: 11 - 24  
P.P.V: 58 DH 30

L 3237  
P: 01/26  
PVC: 69,00 DH

Lot : 69822  
Exp: 07/2025  
PPC : 66,00 dh

Dr. BETTACHE Achraf  
Médecine Générale  
Bd Oued Tassaout, Rue 0, N°36  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 06 45 55 06 54



43,30 x 2

5). ADO 7g  
repa 2 g

43,30 /

43,30 /

78,70 x 2

6). Diamicon 60mg  
reg 1g à midi



78,70 /

78,70 /

15000 x 6

7). Bandelettes mesure glycémie  
1 mesure x 3 g jds 03



1361,30

Dr. BETTACHE Achraf  
Médecine Générale  
Bd Oued Sbou, Km 80, N36  
Oulfa, Casablanca  
Tél 06 45 55 06 54



PHARMACIE SALAH EDDINE  
Mme HASSOUNI Selma  
Docteur en Pharmacie  
56, Bd Oued Sbou, Km 80, N36  
Oulfa, Casablanca  
Tél 05 22 94 00 00

PHARMACIE SALAH EDDINE  
Mme HASSOUNI Selma  
Docteur en Pharmacie  
56, Bd Oued Sbou, Km 80, N36  
Oulfa, Casablanca  
Tél 05 22 94 00 00