

# 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'Hora Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-785190

AS2299

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 3727 Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KAMAL IDRISS MOHAMAD		
Date de naissance : 01.10.1956		
Adresse : 25 Ibn Sina App 148 CASABLANCA		
Tél. : 0621125984	Total des frais engagés : 466,40 Dhs	

Autorisation N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 20-02-2023		
Nom et prénom du malade : TOUMI BEN YELLA A2121 Age :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : 28/02/2023	
Signature de l'adhérent(e) :		



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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	INP : <input type="text"/>	
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
ODF PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz CHAFIQ

## NEUROCHIRURGIEN

## Chirurgie du Système Nerveux Central et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

### **Sur Rendez-vous**

## Casablanca, le

20.02.623

خريج كلية الطب بباريس

## جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

الدار البيضاء، في

BECIDOUZE®

**20 dragees**

PPU 35DH10  
EXP 09/2025  
LOT 26008 3

**PHARMACIE NICE**  
1. AV. Nice Résidence Bouarfaa  
RD MG. No 3, Bourgogne  
Casablanca  
Tél : 05 22 94 93 39

**Dr. AZIZ CHA  
Dr. Neurochirurg  
51, Bd. Rahl el Mechni  
Tél.: 0522-751**

51، شارع رحالة المسكيني - إقامة الصفا، رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

**BECIDOUZE®** 20 dragées

PPU 35DH10  
EXP 11/2025  
LOT 28002 3

**BECIDOUZE®** 20 dragées

PPU 35DH10  
EXP 11/2025  
LOT 28002 3

**BECIDOUZE®** 20 dragées

PPU 35DH10  
EXP 11/2025  
LOT 28002 3

**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg دولاستان

Boîte de 20 comprimés

37,00

**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg دولاستان

Boîte de 20 comprimés

37,00

**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg دولاستان

Boîte de 20 comprimés

37,00

PPU 188.00 DH

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS  
هذا الدواء بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

التعليمات العلاجية:  
يوصى هذا الدواء كعلاج للأعراض (المُّلُمُّ وانزعاج وظيفي)  
بتأخير متاخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة.  
يوصى هذا الدواء كعلاج مكمّل لدى المعاناة  
من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب التناول:  
عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس  
كبير من الماء،  
1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام،  
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.  
علبة من 30 كبسولة.

300 mg D'INSAPO

PIASCLEIDI