

# 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° M21- 0037192

15574  
 Autres

Maladie  Dentaire  Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1092 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : KOUSSAÏMY MUSTAPHA  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 5 BIS RUE NIZAR ELABIDI  
 BOURGOGNE CASA  
 Tél. : 0666814672 Total des frais engagés : 1675,950 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : BOUKALABA KHADIJA Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Signature de l'adhérent(e) :  Le : 30/03/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/02/23	1675,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

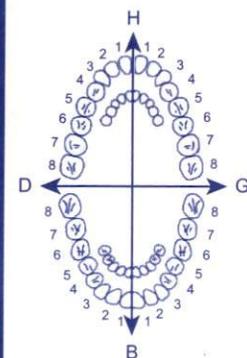
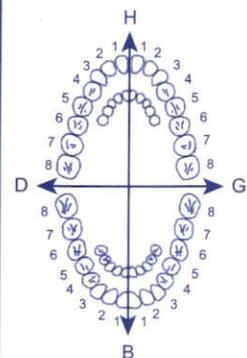
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

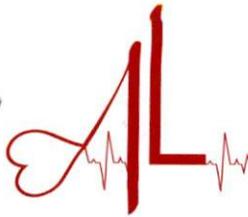
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <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"> <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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

- Diplômé de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien interne du CHU Ibn Rochd, Casablanca
- Ancien interne à l'hôpital de Poissy Saint Germain en Laye, France
- Diplômé en Echo doppler de l'université de Rouen Normandie, France



- خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي
- ابن رشد بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابقا بالمستشفى
- بواصي سان جيرمان أون لاي فرنسا
- حاصل على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة روان، مانه، فرنسا

Casablanca, le 01/02/2023

BOUKALABA Khadija

S.V

(270,00 x 3)  
① Co-Plavix 75/100

PHARMACIE EL MANAP  
CASA S.A.R.L. A.U.  
48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgo  
CASABLANCA

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
5 118001 082018

(67,20 x 3) Appli  
② Langen 30

S.V

1 gel ; le matin 30 min avant petit dej

(40,00 x 3)  
③ Teopril 1,25

S.V

(780 x 3) 1/2  
④ Cardensiel 1,25

S.V

(103,40 x 3) 1/2  
⑤ Tahor 20

S.V

Traitement de 3 mois

16 75 20

6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH  
7862160237

6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH  
7862160237

6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH  
40,00

6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH  
40,00

6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH  
40,00

EXP: 09 2025 P.P.V.  
LOT N°: 103 40  
G.P 9256

EXP: 09 2025 P.P.V.  
LOT N°: 103 40  
G.P 9256

UT. AV: 02 2025 P.P.V.  
LOT N°: 103 40  
FY 4485  
4645,00