

# 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- 0060423

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1584 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TADLI Abdeljalil  
 Date de naissance : 24-09-1953  
 Adresse : City FERN A GOLF RESORT Zone LI B Apt E  
 Ville : BORD BOUARRA  
 Tél. : 0661450615 Total des frais engagés : 1016,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 12/04/2013  
 Nom et prénom du malade : TADLI Abdeljalil Age : 57  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Polyarthrite  
 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 : Oujda Le : 13/04/13  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
22/04/23			3000	
23/04/23				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/4/23	716,2

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficent 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficent des Travaux <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



# Docteur Mostapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif  
Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse  
Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive  
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE



## الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي  
خريج كلية الطب بتولوز  
طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 12 04 2023 في الدار البيضاء،

TABIR / Abdeljelil

123,60 x 3

Lexium 40

360



1 cp / matin

SP



09,40 x 2

Gaïtron

105 x 2

Après

06,60 x 3

Trimedak

1 fee x 2

Après



09,10 x 4

Gaïtron

1 cp / 2mi

Après



32,00 x 2

Duodol 500

1 cp x 2

Après



14,10 x 2

Hemipol

1 fee / 2mi

Après



12 716,20

Dr. SABIR Mostapha  
Hépatogastroentérologie  
26, Avenue Driss Lahrizi  
Tél : 05 22 22 90 64

26, شارع إدريس الحريزي - الدار البيضاء 20 000 - الهاتف : 05 22 22 90 64 - المزمول : 06 68 17 29 17  
26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 - GSM : 06 68 17 29 17

Email : mostaphasabir@gmail.com



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/150MP/21NRO P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/150MP/21NRO P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/150MP/21NRO P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

LOT : 3196  
PER : 09/27  
P.P.V : 46 DH 60

Utiliser dans les 6 mois après  
AMM N° 08R1/2020 DMP/21  
PPV: 48 DH 40

Utiliser dans les 6 mois après  
AMM N° 07R1/2020 DMP  
PPV: 48 DH 40



fr X1025 0526

LOT	PER

Prix 99.00 3

