

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horloger Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-801541

261206

|  |                                       |                                  |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie             | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)               |                                       | <input type="checkbox"/> Autres  |
| Matricole : 1868                             |                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> Actif               | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : Elayati Najat veille karitou  |                                       |                                  |
| Date de naissance : 05.03.59                 |                                       |                                  |
| Adresse : Résidence de M. Allal Ben Abdellah |                                       |                                  |
| Tél. : 06.51.40.05.40                        | Total des frais engagés : 1052,50 Dhs |                                  |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Cachet du médecin :   | Docteur ARAQI HOSSAINI Najib<br>Médecine Générale<br>16, Rue Okba Benou Nafie<br>BERRECHID - Tel. : 03.73.21   |
| Date de consultation :  | 12/04/2023   |
| Nom et prénom du malade :   | Elayati Najat  |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | HTA + douleur de la cheville   |
| 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 : 1/1/2023

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/04/2023      | C                 | 1                     | 200.00                          | INP : INPE.061012001<br>Docteur ARAOUI HOUSSAINI Djalil<br>Médecine Générale<br>Centre de Santé Nafie |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE 2000</b><br><b>Dr. KADIR LALLA ZINEB</b><br><b>22, Bd. Mohamed V (Prés de la Mosquée OHOUED)</b><br><b>Berechid</b><br><b>Tél : 05 22 55 38 00 / 06 01 75 62 50</b><br><b>Instagram : Pharmacie_2000</b> | 12-04-23 | 85250                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

|  |          |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
|--|----------|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|  |          | <b>H</b><br><table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>G</b><br><b>B</b> |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412   | 21433552 |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 00000000   | 00000000 |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 00000000   | 00000000 |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 35533411   | 11433553 |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>         Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |          |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
|  |          | <b>MONTANTS<br/>DES SOINS</b><br><input type="text"/>  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
|  |          | <b>DATE DU<br/>DEVIS</b><br><input type="text"/>   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
|  |          | <b>DATE DE<br/>L'EXECUTION</b><br><input type="text"/>   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Expert assermenté auprès des Tribunaux

## Spécialiste en médecine de travail

## Royales Airs de Casablanca

## Royales Airs de Casablanca

ent permanente para o Tribunal

## ert assermenté auprès des Tribunaux

## Spécialiste en médecine de travail

12/04/2023

11a. 40x2 KAKI TOUS NOTAT -

49.1  
Collemb. mag (ZB)

19(M) March

~~186.30x2  
G-Covar 160/25 (23)~~

65.26 ~~12~~ <sup>11</sup> M ~~med~~

③ Biprole 10 mg (3d)

82, w  
① = Isop 200 mg 2 gel w

102.00 ~~102.00~~ plus ~~102.00~~ ~~102.00~~ ~~102.00~~

PHARMACIE 2000

DR. KADIR & SILLA ZINEB  
22, Bd Mohamed V (Près de la Mosquée OHOOD)

3-1.05.01.00 16/06/01 65 62 50

Institution: Bherwari, 3000

Docteur AFAGI HOUSSEIN  
Médecine Générale  
16, Rue Okba Ben Nafie  
BERRECHID Tel: 33 73 21

16- زنقة عقبة بن نافع - برشيد - الهاتف : 05 22 33 73 21 - المحول : 06 62 07 65 56  
16- Rue Oulta Ben Nafie - Berrechid - Tél : 05 22 33 73 21 - GSM : 06 62 07 65 56

CALCINIB 5 mg 28 comprimés



6 118000 050506

LOT : 100  
PER : JUN 2025  
PPV : 49 DH 40

CALCINIB 5 mg 28 comprimés



6 118000 050506

LOT : 098  
PER : AVR 2025  
PPV : 49 DH 40

186,30

186,30

Co-Vartex® 160 mg/25 mg

28 comprimés pelliculés  
Laboratoires SOTHEMA  
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP



6 118000 023050

Co-Vartex® 160 mg/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
Laboratoires SOTHEMA  
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP



6 118000 023050

65,70

65,70

65,70

BIPROL® 10 mg  
30 Comprimés pelliculés  
sécables



6 118001 200825

BIPROL® 10 mg  
30 Comprimés pelliculés  
sécables



6 118001 200825

BIPROL® 10 mg  
30 Comprimés pelliculés  
sécables



6 118001 200825

LOT 22003  
PER 05/25  
PPV 82 DH 00

LOT:220326  
PER:06/2027  
PPV:102,00 DH

ISOX® 200 mg  
Célectcoxib  
10 gélules  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 242437

Ozil plus® 20 mg  
Oméprazole

28 Gélules



6 118000 331254