

## 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° W21-805979

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>629</i>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>164656</i>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>8 JUIN 2023</i>	
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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-805979
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

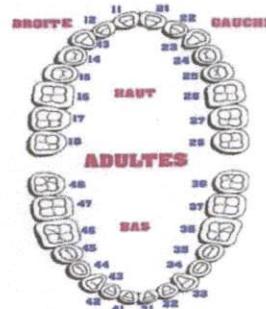
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

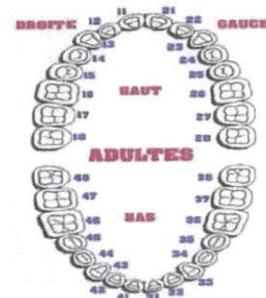
Veuillez fournir une facture

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

## SOINS DENTAIRES



## O.D.F. Prothèses dentaires



### Détermination du coefficient masticatoire

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

## Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin de l'exécution

W14-019301

DATE DE DEPOT

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mie : 0629

Nom & Prénom : HACHEM ONAR

Fonction : le hacheur Phone : 0661211267

eMail : onarhachem8@hotmail.com

## MEDECIN

Prénom du patient

HALINA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : 70 ans

Nature de la maladie

Date : .....  
Date 1ère visite : .....

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

**PHARMACIE** Date : 08/06/23

Montant de la facture

37.67

pharmacie Les Capucines  
Imme BENCHEKROU  
Bd. Massira Al Khadem - CASA  
Tél. : 02 39 80 60 - 04 00 47

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires



## AUXILIAIRES MEDICAUX

Nombre

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Date : 09/06/23

Montant détaillé des Honoraires

.....

# SEKPHARMA (Pharmacie Les Capucines)

Meriem Sekkat

0522398969

38 Boulevard Massira Al Khadra, Casablanca



Facture N° 20230608-698

Date de vente : 08/06/2023

Médecin traitant :

SADIQ HALIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DIPROSALIC PD 30G POMMADE DERMIQUE	1	37,60	TVA (7.00%)	37,60

Total HT	35,14 DHS
TVA	2,46 DHS
<b>Total</b>	<b>37,60 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trente-sept DHS et soixante centimes

Pharmacie Les Capucines  
Mme BINCHEKROUN Nawal  
Bd. Massira Al Khadra - CASA  
Tél. : 022 39 89 89 / 94 00 47

## ECG

Dr TOUHAMI Ilham

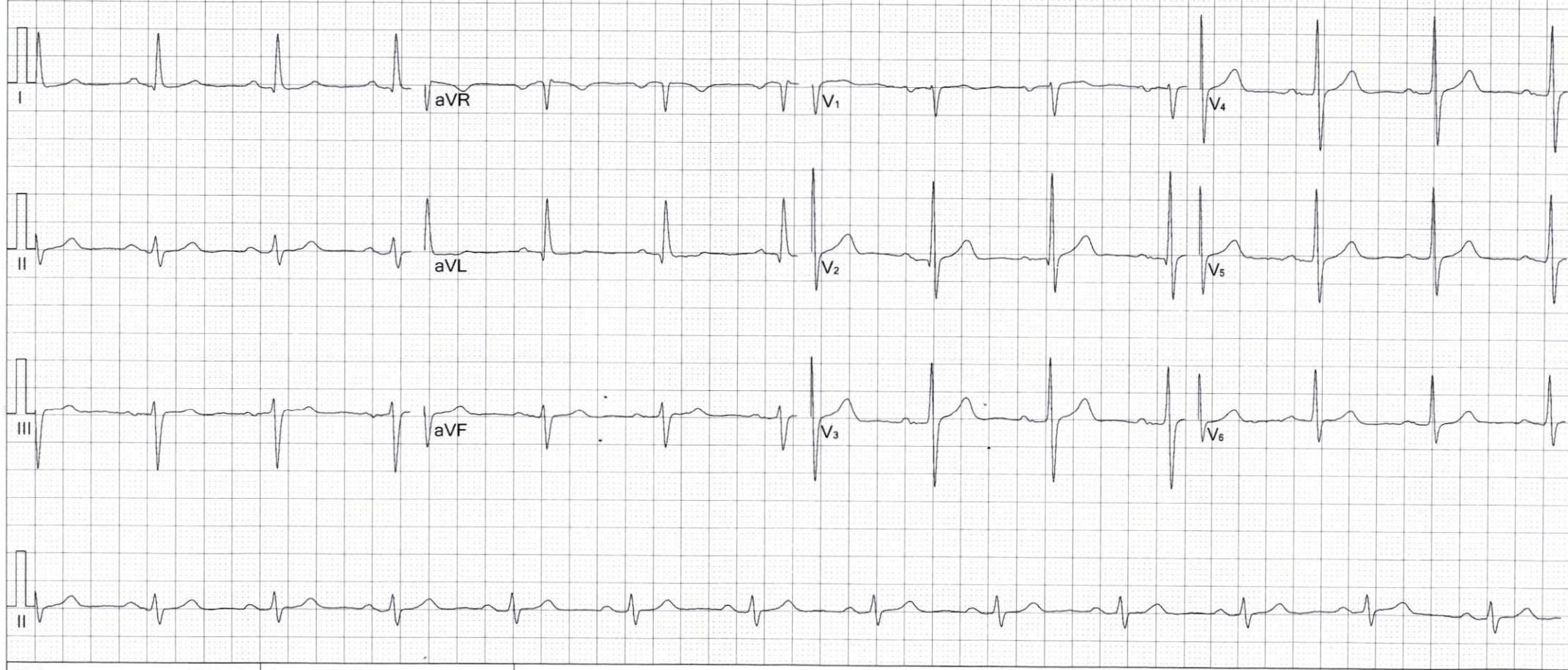
NOM:OMAR HACHEM

ID :      Genre :Homme

ID : Genre :Homme Age :80 DOB :07-03-1943 Date of Test :06-06-2023 17:17  
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr TOUHAMI Ilham

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	381 ms
Durée Echantillon :	89 s	Intervalle QTc :	408 ms
FC :	69 bpm	Axe P :	23.5°
Durée P :	98 ms	Axe QRS :	-29.6°
Durée QRS :	90 ms	Axe T :	69.0°
Durée T :	261 ms	RV5/SV1:	1.22/0.51mV
PQ Interval :	186 ms	RV5+SV1:	1.73mV

### Suggestion :

Docteur Iham TOUHAMI  
Cardiologue  
44, Rue des Hôpitaux 4ème Etage  
N°21 - Casablanca  
Tél: 0522 27 16 27 - INPE: 091202929

Signature Médecin:

# دیبروز الیک® مرهم

بیتامیتازون، حامض سالیسیلیک  
للهن

LOT : 768  
PER : JUN 2025  
PPV : 37 DH 60



دیبروز الیک®

۳۳

