

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-649008



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
DT633

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENSLIMANE KHALID

165569

Date de naissance :

12/12/1959

Adresse :

21 Rue EL Koranof Casablanca 20206

Télé. :

0675583521 Total des frais engagés : 167,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : Tkrani Hadji

Age : 11/10/61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Thyroïde

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



06/06/2023

## **RELEVE 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
14 JUIN 2023	Ca		350,-	INP : 0911163191 Dr Ali QUARRAK ENDOCRINO-DIABETOLOGUE 6, Rue ABDELKADER BOUFTAKAR Casablanca - Sud Beyrouth

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOURoud 7, Rue des Roses A Coté de Midi Annour - Bouséjrou 84 30 - Casablanca +212 52 4808192 13	14/06/23	167,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉSIF

#### **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.

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"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<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

Dr. ALI OUARRAK

الدكتور على وراك

Spécialiste

اختصاصي

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris  
CES. Endocrinologie et maladies métaboliques  
Ex . Attaché du C.H.U Amiens-France

16, rue Mouftakar abdelkader  
(Ex; Clémenceau) Casablanca  
Tel: 0777-690-111 // 05-22-22-39-93

Maladies des glandes - Goitre - tension  
Cholestérol - Diabète

Réf : 634

INP : 091116319  
ICE : 002062102000082

Consultations : 9h à 2h  
Fer



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

Mme Hadji Skraee 14 JUIN 2020  
87,50 S.V. Relais 18 300 ac See x 105  
24,40 Levotyrox 100 ac mettez  
6,80 Levotyrox 25 ac Mati  
49,40 Sup 5mg ac Mettez x 105  

---

167,60

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

PHARMACIE AL MOUROUD  
67, Rue des Rosiers A Coté de  
Masjid Benouor - Beausejour  
Tél: 0522 30 84 30 - Casablanca  
Patente: 34808192

Dr Ali OUARRAK  
ENDOCRINO - DIABETOLOGUE  
6, Rue ABDELKADER MOUFTAKAR  
Casablanca - Sidi Bouzid

LOT: 220808  
DUO: 11/2025  
87,00DH

AMEP® 5mg  
28 comprimés

6 118000 081524