

## 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, parodontologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-784916

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1037 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FARIS LOUBNA

Date de naissance : 08/10/1965

Adresse : 74 des villas n°3

Tél. : 0661665506 Total des frais engagés : 308,30 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Oualid GUESSOUS KRAËSS  
Médecine Générale - Echographie  
Rue Assaad Bnou Zarara - 3ème Etage  
Maarif - Casablanca  
Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Faris Loubna

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

aff neurologique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
2014-23	CA	1	2000 DH	INF: L. JEDOUIS KRAFFESS D: C. JEDOUIS KRAFFESS Médecine Générale - Echographie 6: Rue Assaad Bnou Zrarra - 3 <sup>ème</sup> Etage Maarif - Casablanca 032 98 80 71 / 061 41 17 2

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Copie du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. ALI HACHIMI MARI 39, Village Pilote Dar F Tél : 0522 29 08 03</p> <p>Pharmacie OULAD JARRAR</p>	20/04/23	102,30

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

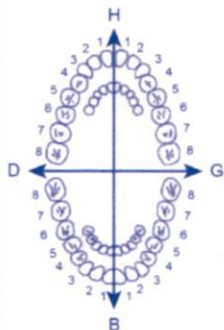
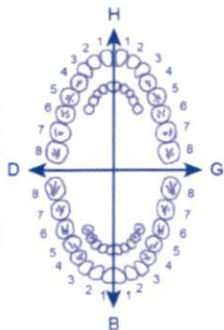
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez 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	INP : <input type="text"/>
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. Ouafae Guessous Krafess  
Cabinet de Médecine Générale  
Echographie  
Expertise médicale - Diabétologie  
Psychologie médicale



الدكتور وفاء الشوس (الترافس)  
عيادة الطب العام  
الفحص بالصدى  
الخبرة الطبية - مرض السكري  
التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, 20.04.23 في الدار البيضاء

Faus loubma

Sale fuel 100 mg (01)  
1 cp / 1 - le matin

45,00 20 pi de 10 mg  
1 cp de 01

57,30 Nozinan 100 mg (01)  
1 cp de 01  
102,30

PPV :  
LOT :  
PER :

45,00

LOT : 21E06V  
PER : 10 2026

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 57DH30



6 118000 060482



Pharmacie OULAD JARRAK  
Dr. ALAOUT HACHIMI Meryem  
39, Village Pilote Dar Bouazza  
Tél : 0522 29 08 03 - CASABLANCA

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFFESS  
Médecine Générale - Echographie  
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3<sup>ème</sup> Etage  
Maârif - Casablanca  
Tél.: 022.98.80.71 / 061.41.17.21