

## 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

Nº W21-804629

A 67971

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13188

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Toumi

Bengelvan Joudia / HANZA

Date de naissance : 01/08/2021

/ 06/05/1992

Adresse : Sidi Naâsif lot Bauchia N° 67 CRSA

Tél. : 0645077768

Total des frais engagés : = 260,50 Dhs + Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Le : 28/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

## **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Morsad 921 Bouchra Route 100 Sidly Madrouf-Casablanca 0322 321929	28/06/23	260,50

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE 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 canalaire, 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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H D	25533412 00000000 00000000 36533411	G B	21433552 00000000 00000000 11433553
	<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'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

للدكتورة ن. سmine  
خريجة كلية الطب تور (فرنسا)

Docteur N. SMINA

Diplômée de la Faculté de Médecine de Tours (France)  
**PÉDIATRE**

- Maladies des enfants de la naissance à 16 ans
- Allergie Pédiatrique
- Asthme
- Nutrition et traitement de l'obésité de l'enfant

طب الأطفال من الولادة إلى 16 سنة

التغذية والسمنة عند الطفل

PPV: 40DH00  
PER: 03/26  
LOT: M95

Casablanca, le : 28.6.23

BENJELLAUNE T 0 vini 23 min  
S. V. 11.13 TC

28,40 0 Apricot 25g  
13 TC x 4

28,40

67,90 0 Toudex 25g 738  
100x2

LOT 107048/FC18  
PER 10/2025  
PPC 67,90

Sans alcool

PPV 40DH70 LOT 2N0062  
EXP 03/2026

AXIMYCINE®

سيدي معروف أولاد حدو - الدار البيضاء 20280 - الهاتف: 05 22 58 10 07

Lotissement EL Kheir N°8, Sidi Maârouf, Oulad Haddou - Casablanca 2028

Email : n.smina@yahoo.fr

TOUDEX Mauve - Cassis  
Barcode  
6 111255 810413

50 ml e 89 g REF ACL 470 196.9  
CN 172330.7

NON STERILE  
CE  
0459

3 700366 000580  
LOT 20158  
exp 03/2025  
PPC 83,50dh

no. 70

S. V.

o stomaX

Pharmacie Mursad  
93 Lot. Bouchra Route 1100  
Sidi Maârouf-Casablanca  
Tél: 05.22.32.19.29

1 cor x 3

S. V.

no. 6

6 tis 20 effervescent

145,-

Pharmacie Mursad  
93 Lot. Bouchra Route 1100  
Sidi Maârouf-Casablanca  
Tél: 0522 32 19 29

3 jin

1 malai

S. V.

83,50

o Sims main spray children

no. 61  
1-

Dr. N. S. V.  
PÉDIATRE  
B. Lot. El Kheir Sidi Maârouf  
Casablanca  
Tél: 05.22.58.10.07

---

F = 260,50