

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0030932

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2867 Société : RA7  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : EDDARI EL MOSTAFA  
 Date de naissance : 18/11/55  
 Adresse : 49 Rue 1 ALGERIE ALGER  
 Tél : 05221321595 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.07.2023  
 Nom et prénom du malade : Eddari El Mostafa Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DM2  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 14/07/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
13/07/23		1	200	<p> <b>DOCTEUR MORISSEAU</b>  EX. Assistant C.H. St Louis Paris  44, Rue de Bagdad - CASA  Tél. 0522 48 27 88/89 </p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/07/2023

1970,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

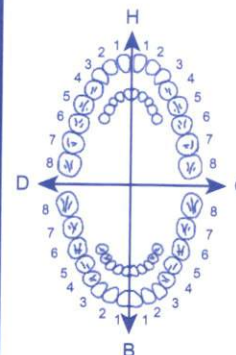
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

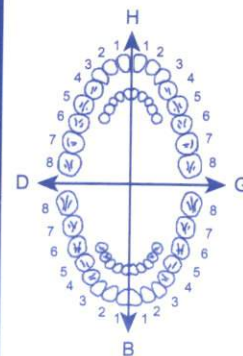
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mohamed JELLAL**

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiem et E.A.S.D.

**Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde**

Tél.: 0522 48 27 88

**الدكتور محمد جلال**

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

امراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة الدرقية

الهاتف : 0522 48 27 88

EDDARI El Mostafa  
Casablanca, le 13/07/23



Docteur Mohamed JELLAL  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Bagdad - Casablanca  
Tél. 0522 48 27 88

24, زينة بغداد (قرب زينة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السلي - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca



زولامول®  
Xolamol®

Lot: 12 55  
Fab: 12 22  
Exp: 12 24

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: PPV : 110,70 Dhs

Exp:

P.P.V : 110 DH 70

LOT 230231 1

EXP 12 2025

PPV 26 90

LOT 223069 1

EXP 10 2025

PPV 26 90

PPV: 96DH00  
PER: 12/24  
LOT: L2469-1

PPV: 96DH00  
PER: 12/24  
LOT: L2469-1

LOT 223069 1

EXP 10 2025

PPV 26 90

→ 208,00

LOT 222922  
EXP 09 2025  
PPV 36.20

LOT 221667  
EXP 05 2025  
PPV 36.20

LOT 222921  
EXP 09 2025  
PPV 36.20

63,20

63,20

63,20

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 09/2024  
LOT 26014 1

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH

ID: 651978  
6 118000 161295

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 05/2024  
LOT 22005 5

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 09/2024  
LOT 26014 3

PH.CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° CNSS : 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

Eddari el mostapha

I.C.E. :

N° ICE 001727771000005

Le : 14/07/2023

FACTURE N°: 10195/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	STAGID 700MG /30CPS	36.20	108.60
3	ODIA 1MG B 30	26.90	80.70
3	COVERAM 5MG/5MG BT/ 30 CP	208.00	624.00
2	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22.40	44.80
1	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22.40	22.40
3	NEBILET 5MG 28CPS	87.50	262.50
3	PRAZOL 20MG /28GELULES	96.00	288.00
3	ZYRTEC 10MG 15CPS	63.20	189.60
3	XOLAMOL SOLUTION OPHTAL	110.70	332.10
1	DERMOVAL CREME 10G	17.40	17.40

TVA 7%: 54.11

Total : 1 970,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE NEUF CENT SOIXANTE DIX DIRHAMS ET DIX CTS

