

## 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-506813

17/11/30

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 236		Nom & Prénom : BENTITA Noufissa	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :		Date de naissance : 18/16/40	
Adresse : 55 Monka plage Mohammed V		Tél. : 184/60	
Total des frais engagés : 184/60 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11/8/2023			
Nom et prénom du malade : BENTITA Noufissa Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : OMC Gaule nippurée			
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 : 11/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : BENTITA Noufissa

ACCUEIL I. BOUZACHA

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/01/23	g		300 Dhs	INP : 09/01/2022 Signature : Dr. Mohamed Aissaoui

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ARMAGET LA PLAGE</b> FES - MOHAMMEDIA 23 32 47 83	18/07/93	184.60

## **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
		AM	PC	IM	IV	

#### **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.

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	214333552
00000000	000000000
D	C
00000000	000000000
35533411	114333553

### [Création, remont, adjonction]

#### **Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession**

A diagram of a dental arch, likely a maxillary arch, with numbered teeth (1 through 12) on both the upper and lower arches. The diagram includes directional arrows: a vertical arrow pointing upwards labeled 'H' at the top, a horizontal arrow pointing to the left labeled 'D' on the left, a horizontal arrow pointing to the right labeled 'G' on the right, and a vertical arrow pointing downwards labeled 'B' at the bottom.

VISÉ ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur  
Qadiri L. épse Qermane

Spécialiste O.R.L.  
Maladies et Chirurgie  
Nez - Gorge - Oreilles

الدكتورة

قادري ل. زوجة قرمان

اختصاصية في أمراض و جراحة  
الأنف - الحنجرة - الأذن

Mohammedia, le 11/8/23

المحمدية، في

BENTI TA      Noufissa

131,60

\* Specchies 500

53,00

\* Specchies 500

140 x 2 = 280 ou milieu de 160

\* Specchies A

210 x 1 = 210 90 x 3 = 270

OPHARMACIE D'  
LA PLAGE  
RUE DE FES - MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 32 47 80

Dr. QADIRI L. ERRAZOURI - Mohammedia - sur rendez-vous  
Télé: 05 23 31 27 12 - Fax: 05 23 32 47 74

184,60

عمراء مزور - الرقم 2 ( أمام المسجد الكبير رضوان ) - المحمدية - بالموعد

Imm. Mezzour - App. 2 (en face Grande Mosquée Ridouane) - Mohammedia - sur rendez-vous

الفاكس : 05 23 31 27 12 - الهاتف : 05 23 32 47 74

Di-INDO® 50 mg  
15 comprimés dispersibles



6 1 8000 033035

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés  
dispersibles

PPV 53DH00  
EXP 02/2025  
LOT 20014 3

LOT 230385  
EXP 03/2026  
PPV 13160DH

OPHARMACIE D'  
LA PLAGE  
RUE DE FES - MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 32 47 80