

# 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

M22- 0037896

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10526 Société : HAM 172854

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KAMEZ - ABDELLAH

Date de naissance : 10-05-1974

Adresse : Rue 6 N°- 16 EL ANA MAYELO ULPA

Tél. : 0662 38 91 20 Total des frais engagés : 2036,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BETTACHE Achraf  
Médecine Générale  
Bd Oued Tassout, Rue 80, N36  
Oulfa - Casablanca  
Tél. 06 45 55 06 54

Date de consultation : 22/08/2023

Nom et prénom du malade : KAMEZ Abdel Age: 49 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA - Diabète

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 : CASA BLANCA

Le : 15 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
22/08/23	C2		200,00	Dr. BETTACHE A. iraf Medecine Générale Bd Oued L'Assanoul N°10, N36 Oulfa - Casablanca Tél 06 45 56 06 54

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Para Med S.A.R.L. A.U. Wak 1 Bd. Oued Sebou N°101 El Oulfa - Casablanca Tél 05 22 90 69 03	22/08/23	62408 = 609,60 1236,10

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE SALAH EDINE 756, Bd Oued Sebou Oulfa - Casablanca Tél 05 22 90 60 06			

# AUXILIAIRES MEDICAUX

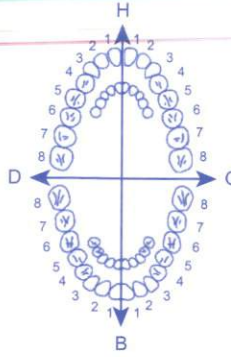
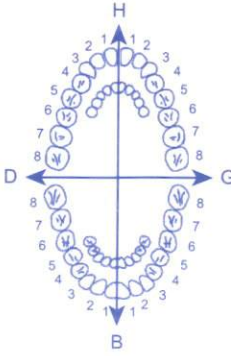
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



Dr. BETTACHE ACHRAF  
Médecine Générale

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de pharmacie de Casablanca



الدكتور بطاش أشرف  
الطب العام

INPE: 06130078

Dr. BETTACHE Achraf  
Médecine Générale  
Bd Oued Tassaout, Rue 80, 1<sup>er</sup> étage  
El Oulfa - Casablanca  
Tél: 06 45 55 06 54

ORDONNANCE

Casablanca, Le : 22/08/2022

Abdelhak

43.30x3 AD 0 1g

78.70x2 Diamin 60

Met 1/2 1 j 3

Om Cell plus (SM)

pan gly

294.00x3 Covenon 10/10

66.80 Volt 11 1 j 3

1236.10

43.30

43.30

43.30

78.70

78.70

Para Mem S.A.R.L. A.U.  
Witak 1 Bd. Oued Sebou N° 967  
El Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 60 60 08

294.00

294.00

294.00

Dr. BETTACHE  
Médecine Générale  
Bd Oued Tassaout  
El Oulfa - Casablanca  
Tél: 06 45 55 06 54

LOT: M22082  
EXP: AVR 2026  
PPV: 66.80 DH



# FACTURATIONMCM

PARAPHARMACIE

CASABLANCA

## Facture

Numéro

Date

N° télécopie client

FA2020866

22/08/23

Référence

N° intracom. client

KAIMEZ ABDELLAH

ICE :

CASABLANCA

Ref	Désignation	Qté	P.P.H	Remise	TVA	Montant TTC
P00108	BANDELETTE DE GLYCEMIE ON CALL PLUS 50	6,00	100,00		20	600,00

Para MCM S.A.R.L. A.U.  
Wifak 1 Bd. Oued Sebou n° 967  
El Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 90 69 08

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Port HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
C20	500,00	20%	100,00	500,00	0,00		600,00	0,00	600,00
Conditions de règlement :						le 22/08/23	ESPECE		600,00
Total	500,00		100,00						