

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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 : adh@mupras.com
- La MUPRAS garantit le respect de vos données personnelles physiques à l'égard de :
- Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdella  
45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° M21- 081623

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10512 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABOUR AZIZ

Date de naissance : 29/06/1959

Adresse : Hay Ouffa Rue de la Noie Casablanca

Tél : 0702020408 Total des frais engagés : 2694,4 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2023

Nom et prénom du malade : Sabour Aziz Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

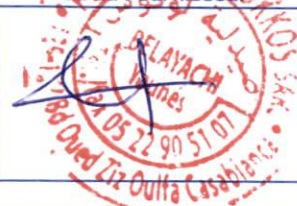
29/08/23		01	2000	 <b>Docteur FARADI Hasna</b> Médecine Générale Echographie Urgence Gynécologie Médicale Infertilité suivi des Grossesses Diabétologie Médicale et Nutrition INPE : 091063313 Tél : 05 22 89 07 58

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



22/08  
2023



## 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 :**

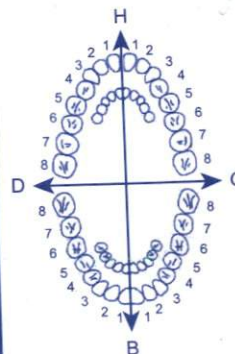
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

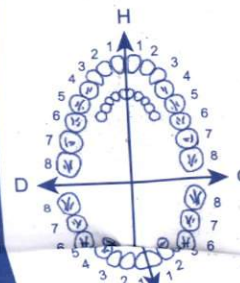
## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

Docteur FARADI Hasnaâ

الدكتورة فرضي حسناء

Médecine Générale

Echographie

Urgence

DU : Gynécologie Médical Infertilité

Suivi de Grossesse

DU : Diététique Médicale et Nutrition

DU : Diabetologie

الطب العام

الفحص بالصدى

المستعجلات

العقم

متابعة الحمل

التغذية و الحمية الطبية

أمراض السكري

Casablanca, le

29/08/2023

الدار البيضاء, في

Saloum Aziz

cosyret 5/10. 98/110

lyopuric 26/20 x 2

Rescaban 3/5 x 4

crestor 10 167 x 3

vestarel 35 137, 20 x 3

7ylorac 20 31/30



137,20

137,20

137,20

LOT 222631  
EXP 08 2026  
PPV 31.30

350,00

350,00

350,00

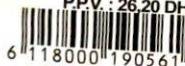
350,00

**LYSOPURIC®**

Allopurinol 100 mg

Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20 DH



6 118000 190561

**LYSOPURIC®**

Allopurinol 100 mg

Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20 DH



6 118000 190561

14011081



6 118001 130276

**COSYREL 5mg/10mg**

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

**Maphar**

Bd Alkimia N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

**Crestor 10mg cp peli b30**

P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

**Maphar**

Bd Alkimia N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

**Crestor 10mg cp peli b30**

P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

**Maphar**

Bd Alkimia N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

**Crestor 10mg cp peli b30**

P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111