

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0017398

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1476 Société : A 28185  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve MOULOUD: H. J.  
 Nom & Prénom : BEN CHARKI Rachida  
 Date de naissance : 01.01.1959  
 Adresse : 2A, cité de l'air NOUASSEUR  
 Tél. : 06 68 12 67 31 Total des frais engagés : 553,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 OCT. 2023  
 Nom et prénom du malade : Rachida Bencharki Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cataracte Faculté  
 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 : DERBOUA Le : 03 / 10 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNBP 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.

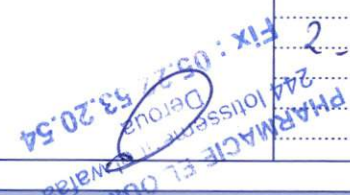
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



### 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
02 OCT. 2023		5	153 PH	 Lot Chabaud 02 - Deroua 05 22 93 43 28 / 05 07 58 53 37 INPE:061240933

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2.10.23	603.20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

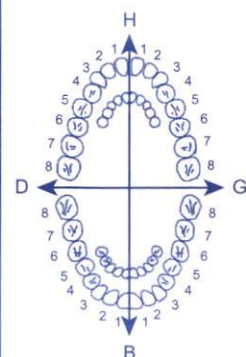
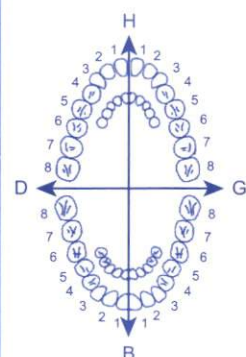
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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'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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Smail Malki**

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.



PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

الدكتور إسماعيل المالكي

طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

**ORDONNANCE**

DEROUA, le : 02 OCT. 2023

Dr. Smail MALKI  
Médecin généraliste  
Lot Chabab 1 N°102 - Deroua  
Tél: 05 22 03 43 28 / Tel: 06 07 58 51 57

Roch-la Benchor

208.20



ACFI, Tra

1/

18.1

PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

G3.20



8tresom 50

1x2 x 156

1/8

PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

Dr. Smail MALKI  
Médecin généraliste  
Lot Chabab 1 N°102 - Deroua  
Tél: 05 22 03 43 28 / Tel: 06 07 58 51 57

403.20

Extrom

1/m

Tenir hors de la portée des enfants.  
Ce complément alimentaire n'est pas un médicament.  
CE N°DA20181706751DMP/20UCA/MA  
Importateur Exclusif  
BIOCOCODEX MAROC BP 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C : 245,00 DH

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N°102

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

12/2022  
12/2025  
0722010

V002-01/21  
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

Lot : 3694  
Mfg: 11 2022  
EXP.: 11 2025  
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH