

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° W21-825228

Bo 763

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricole : 4254 | | | |
| Société : | | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : FATHI Abdellah | | | |
| Date de naissance : 03.09.1952 | | | |
| Adresse : Oulfa Rue 64 N° 67 Bd Cheikh Sébaoui Casablanca | | | |
| Tél. : 05 22 90 68 89 Total des frais engagés : 1385,40 Dhs | | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/2023

Nom et prénom du malade : HAMOUDI ABD

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie : infect

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 : 30/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/07/2011 | | | | |
| 19/07/2011 | | | | |
| 20/07/2011 | | | | |
| 21/07/2011 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE SALAHEDDINE SELMA MASSOUNI 756, Boulevard Oued Sebou Tél : 05 22 90 50 06 - Casablanca | 18/10/2013 | 1185.40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|-------|--|--|--|---|----------|----------|---|--|
| | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | | | B | 35533411 | 11433553 | G | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

خريج كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Casablanca
Bd Oued Tassaout, Rue N°36
Casablanca
Tel: 06 45 55 06 54

Le: 18/10/2023

SPHAR 101
SURGAM 200MG
CP SEC 820
P.P.V: 55DH40
6 118000 060857

171.80 x 2 Ciproxette 500 N2
171.80 x 1 j 6 10j

895.00 x 3 Apiaol spray
1 cap a la j



79.00 x 3 Apiaol spray
100s x 3 j



19.50
50s
spray 1 j a la j



199.80 x 2 Elogyl 500 N2
199.80 x 3 j



79.90
Valmecol
199.90 x 3 j



84.50
Zotalex
1 j a la j



52.80
1185.40
Aulfa 1 j a la j
Aulfa 20/14 1 j a la j



PHARMACIE SALAHEDDINE
SELIMA HASSOUNI
56, Boulevard Oued Sebou
10522903005 - Casablanca



Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue N°36
Casablanca
Tel: 06 45 55 06 54

Bd Oued Tassaout, Gr «E» Rue N°36, 1er étage, Lot El Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 50 40

LOT: M0059
EXP: OCT 2026
PPV: 171,80 DH

PER: 09/04
90322-01
FLAGYL 500 mg
CP PEL 820

P.P.V: 40DH80

6 118000 060062

PPV 19,50 DH
AMM N° 127/15 DMP/21/NRQ
6 118001 271092

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22064
PER: 12/2024
PPU: 52,80 DH

8 032578 479676

LOT: 230140
2026/02

PPC: 89,50 DH

Apixol®

Spray gorge

Adultes

8 032578 479676

220597

2025/07

PPC: 89,50 DH

PPC: 89,50 DH

2023/04

LOT: 200206

8 032578 479676



8 032578 477337

Lot: 230103

À consommer

avant le: 01/2026

PPC: 79,00 DH



8 032578 477337

Lot: 220216

À consommer

avant le: 04/2025

PPC: 79,00 DH



8 032578 477337

Lot: 220645

À consommer

avant le: 09/2025

PPC: 79,00 DH

KALMACOL®
Comprimé

Lot : 220629

A consommer
avant le : 08/2027

PPC : 79,90 DH



8 032578 473025
KALMACOL® Comprimé