

# 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](http://www.mupras.com)

N 85878

## Déclaration de Maladie : N° S19-0053255

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8723 Société : DAM

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre :

Nom & Prénom : CHORFI Abdelfatouch Date de naissance : 05/02/1967

Adresse : 15 bis Rue D'Aix oasis CASA

Tél. : 05 22 25 09 56 Total des frais engagés : #319,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

### Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2013

Nom et prénom du malade : CHORFI Abdelfatouch Age: 57

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : A.H.F. / O.P.L.

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 Le : 08/12/2013

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
23/07/2023	C7	2	Gratuit	 Médecin Diabétologue Brouard Rue 78, Bd Transitoire 73 - 78 Quette - Casa Tel: 05 22 09 11 89

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEYROUTH 99 Bis Rue Beyrouth Hay Leayoun 05 22 85 59 48	03/11/23	359,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Othmane KHATIB  
Médecine Générale

Diplôme universitaire de diabétologie.  
Certificat universitaire d'échographie générale

الدكتور عثمان الخطيب  
الطب العام

شهادة جامعية في داء السكري  
شهادة جامعية في الفحص العام بالصدى

Casablanca, le 05/07/2023

الدار البيضاء في

Mr Abdellah El Ghazi chef

79,70 x 2.

1/ Ajic 400

01 qfj 03 j



40,00

20 ml aprés repas



2/ Apixol

03 qfj le - 01 - 06 j

89,50

3/ Apixol  
1ml

01 pulv x 3/j 07 j

15,30 x 2.

des comprimés

4/ vitec 1000  
319,50



زنقة 78، شارع تسيف رفم 73-75 - الألفة - الدار البيضاء

Rue 78, Bd. Tansift N° 73 - 75 Oulfa - Casa - Tél./Fax : 05 22 09 11 89

PILPHARMACIE BEYROUTH  
99 Rue Labeyroun  
Tel.: 05 22 09 55 43

Dr. Othmane Khatib  
Médecin généraliste  
Diabetologiste  
Boulevard Tansift 73-75 Oulfa - Casa  
Tél./Fax : 05 22 09 11 89

PPV 79DH70  
PER 06/26  
LOT M2219



PPV: 79DH70  
PER: 01/25  
LOT: L109



[LOT] 230036  
[Date] 2026/01  
PPC : 89,50 dh

**EFFIPRED® 20 mg**

PPU 40DH00  
EXP 03/2026  
LOT 33054 3

**EFFIPRED**

20 Comprimés effervescents 20 mg



**Vita C 1000®**

PPV 15DH30  
EXP 04/2026  
LOT 32045 19

**Vita C 1000®**

10 Comprimés effervescents



**Vita C 1000®**

PPV 15DH30  
EXP 04/2026  
LOT 32045 19

**Vita C 1000®**

10 Comprimés effervescents



AMM N° 03 DMP/21