

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0032474

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : TARHALI ABDEKRAHMAN
 Date de naissance : 14/11/1966
 Adresse : MAARIF CASABLANCA
 Tél. : 0675592215 Total des frais engagés : 481,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur**
 YAAKOUBI Mohammed
 Chirurgien Pédiatrique
 314 Boulevard Abdelmoumen
 Tél.: 0522 23 23 80
 Date de consultation : 10/01/2024
 Nom et prénom du malade : TARHALI MOHAMMED ADAM Age: 8 mois
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : phimo
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 30/01/2024

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
10/1/24	G		2500	
19.1.24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/01/24	231,80

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
		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 :

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur Mohammed YAAKOUBI

Chirurgie Pédiatrique

Professeur Agrégé

Ex-Enseignant à la faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتور محمد يعقوبي

جراحة الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 29/02/2024 في : الدار البيضاء،

Nom et Prénom :

TARHAB MOHAMMED ADAM

1. Alimentation à Pasteur 10

2. Enlever la compresse vers 14

3. Septispray
4 fois/j pendant 7 jours

4. FUCIDINE pommade
1 app * 4/j
pendant 5 jours

5. Dolipédiatrique sirop
1 dose (.....kg) x 4 fois /j pendant 3 jours

6. Bain au 5ème jour

7. Consultation au cabinet le 12H

95,00

39,7

x3 = 119,10

17,5

T=237,80



Professeur
YAAKOUBI Mohammed
Chirurgie Pédiatrique
314 Bd. Abdelmoumen
tel: 05 22 23 23 80/81

Signature of Mohammed YAAKOUBI

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

Doli
Pédiatrique
Paracétamol

PPV 17DH50
PER 09/26
LOT M2964

Lot : SKL04/2021
Per.: 04/2025
PPC.: 95,00 DH

Doli Pédiatrique

Paracétamol 3%
SOLUTION BUVABLE 90 ml



6 118000 040965