

# 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 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 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

198782

## Déclaration de Maladie : N° S19- 0007684

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9390 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARCHOUDI SAID Date de naissance : 23.11.1992

Adresse : GHIBI, Immeuble 3, Apt 12, Dyer EL HENNAH LISSASFA

Tél. : 06 11 89 20 93 Total des frais engagés : 810,62 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.01.2024

Nom et prénom du malade : MOSKOU IKARIMA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 16/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0007684

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9390

Nom de l'adhérent(e) : MARCHOUDI SAID

Total des frais engagés : 810,62

Date de dépôt : 30/01/2024

## **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
16/01/24	c		10000000	MUSAPHANA N OMNIPRAETICIA Ancien Médecin des Hôpitaux Lissasta Extension OM
20/01/24	c	c		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE LA VALLEE Mohamed Amin ASRI SABLANCA - Tel: 05 22 89 53 59 ICE: 002052046390037	16/01/2024	148,00
MACIE LA VALLEE ASRI	26/01/2024	462,30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Déchet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

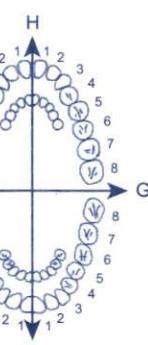
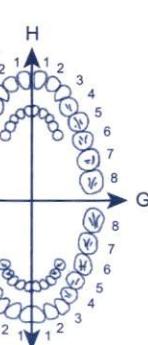
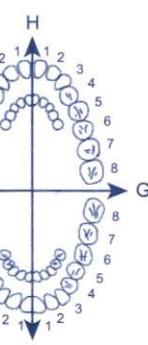
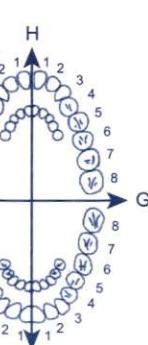
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
D				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr . Naji Mustapha

Lauréat de l'école de santé militaire - Rabat  
Lauréat de la faculté de médecine de Rabat  
Ancien médecin des hôpitaux militaires - Rabat



الدكتور الناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط  
خريج كلية الطب بالرباط  
طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط

Casablanca, le : 16 JAN 2024

Nom et Prénom : Miskew Karima

2x 74,00

- neutragaz plus - gebro

2 — 0 — 2

رجاء

148,00

PHARMACIE LA VALLEE  
Dr. Mohammed Amine ASRI  
n° 12 Avenue Lissasfa Extension 353, Lissasfa  
CASABLANCA - Tél: 05 22 65 53 58  
ICE: 002052048090037

Dr Mustapha NAJI  
Omnipraticien  
Ancien Médecin  
des Hôpitaux Militaires  
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca  
Tél 0522 65 07 04

# NEUTRA<sup>®</sup>Gaz<sup>®</sup> PLUS

CHARBON ET EXTRAITS DE PLANTES

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE À BASE DE

## CHARBON ACTIVÉ

FENOUIL + THYM + BASILIC

Ballonnements  
Gaz intestinaux  
Problèmes de la digestion

30  Voie orale

Poids Net = 12g

# NEUTRA<sup>®</sup>Gaz<sup>®</sup> PLUS

CHARBON ET EXTRAITS DE PLANTES

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE À BASE DE

## CHARBON ACTIVÉ

FENOUIL + THYM + BASILIC

Ballonnements  
Gaz intestinaux  
Problèmes de la digestion

30  Voie orale

Poids Net = 12g

# Dr . Naji Mustapha

Lauréat de l école de santé militaire - Rabat

Lauréat de la faculté de médecine de Rabat

Ancien médecin des hôpitaux militaires - Rabat



# الدكتور الناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط

Casablanca, le : 20 JAN 2024

Nom et Prénom : Mousker Karima

154,10x3

ictaves 10:

—  
462,30



— — 1

1

23mm

Dr Mustapha NAJI  
Omnipraticien  
Ancien Médecin  
des Hôpitaux Militaires  
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca  
Tel 0522 65 07 04

PHARMACIE LA VALLEE  
Dr. Mohamed LASSI  
ot Opé, ASRI  
CASABLANCA - Tel: 05 22 89 53 58  
ICE: 002052048000037



**10 mg**

30  
Comprimés  
peliçulés

ROSUVASTATINE

**ICTAIVES**



LOT 232780 1

EXP 09 2025

PPV 154 10

**10** ملنج  
عن طريق الفم  
30 قرصاً مغلفاً

المدة صباح منتصف مساء قبل وبعد

**إكتايفيز**  
روزوفاستاتين



سوطينا  
Othema



**10 mg**

30  
Comprimés  
peliçulés

ROSUVASTATINE

**ICTAIVES**



LOT 232780 1

EXP 09 2025

PPV 154 10

**10** ملنج  
عن طريق الفم  
30 قرصاً مغلفاً

المدة صباح منتصف مساء قبل وبعد

**إكتايفيز**  
روزوفاستاتين



سوطينا  
Othema



**10 mg**

30  
Comprimés  
peliçulés

ROSUVASTATINE

**ICTAIVES**



LOT 232780 1

EXP 09 2025

PPV 154 10

**10** مللي  
30 قرصاً مغناطيسياً  
عن طريق الفم

**إكتايفيز**  
روزوفاستاتين



الدورة صباح منتصف مساء قبل وبعد



سوطيمـا  
Othema