

# 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



194600

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010735

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10510 Société : P.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHOKRY AAZZA EL ARABE  
 Date de naissance : 24-09-55  
 Adresse : Tizin I. Passage IBN GHAZI N° 7 BERRCAID  
 Tél. : 0664297894 Total des frais engagés : 702,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 01/02/2024  
 Nom et prénom du malade : CHOKRY AAZZA EL ARABE Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : BERRCAID Le : 01/02/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. ELABASSI  
 Spécialiste en Gynécologie  
 Obstétrique - Accouchement  
 Csm: 061.75.50.14

MUPRAS  
 Centre Allal Ben Abdellah  
 Casablanca

**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
04/04/24	Consultation		300DH	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/2024	302,30

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/04/24	ECG	100 DH

**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"/>

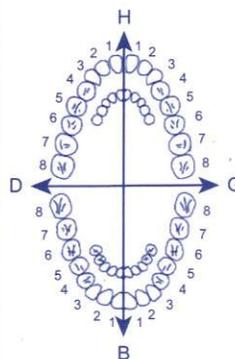
**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مُصْحَة الْحَكِيم

Clinique AL HAKIM



**FACTURE N°72/24**

Berrechid, le 01/10/2024

**Nom : CHOKRY**

**Prénom : AAZAA EL ARABE**

**CONSULTATION : 300.00 DHS**

**ECG : 100.00 DHS**

**Arrêté le présent reçu à la somme :**

**« QUATRE CENT DIRHAMS »**

**CLINIQUE AL HAKIM**  
مصْحَة الْحَكِيم  
Lotissement Ismailia  
Tél.: 05 61 75 95 74



مُصْحَة الْحَكِيم

Clinique AL HAKIM



060065240

ORDONNANCE

Berrechid, le 1/1/2024

CHOKRY ANZAE EL ARABO

82,16x2 =

164,32 (1) ESAC 20g  
1 g/5 (14g)

138,10 (2) Erezan 100g

1 g/5 (14g)

30. Relaxin 300g

30x30

صيدلية تيسير  
PHARMACIE TISSIR  
Mohamed RAHOU  
162 BD HASSANI II  
0622327050 - BERRECHID



CLINIQUE AL HAKIM  
Lot. 40 Lotissement Ismailia

Dr. ELARABSI  
Spécialiste de Gynécologie  
Généraliste  
Gsm: 061.75.96.74

EXP. FEB-26  
LOT ZENX  
FAB. MAR-23

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue scoubair bncou al souam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591



EXP 12-2025  
LOT ZEMA

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue scoubair bncou al souam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591



**PREZAR 100mg**  
Losartan  
28 comprimés pelliculés



6 118000 041201

**idemco**

PPV 138DH10  
PER 02/26  
LOY M391

