

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

196799

## Déclaration de Maladie : N° S19-0046249

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4236**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HARAKAT Wafa**

Date de naissance : **25-06-1956**

Adresse : **dar Dallak - Rue Tel Aouaki - Cte Cas**

Tél. : **0663 444000**

Total des frais engagés : **1314,-** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr LABYAD Abdessamad  
دكتور الأبيض عبد الصمد  
Chirurgien Urologue  
INPE : 041122851**

Date de consultation : **09/02/2024**

Nom et prénom du malade : **HARAKAT wafa** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : **cystite radiogénique**

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 : **Casab**

Le : **24/02/2024**

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 Pajement des Actes
09/02/24	C2		300700 DH	DR LABYAD mad chir 11866

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Melle EL HAFID Dokan - Casablanca 7, Rue Aïn el Assemdoune, Casablanca - Tél: 05 24 38 21 84	09/02/24	1014,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, 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 25533412   21433552 00000000 00000000	D 00000000   00000000 00000000 35533411   11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

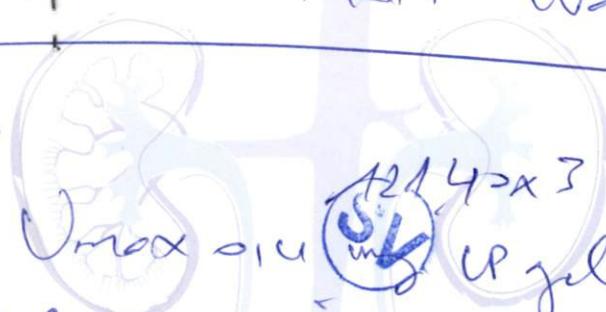
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE SOURCE**  
 Mellie EL MOUINA  
 Docteur:  
 7, Rue Ain Asser...  
 Casablanca - Tél: 05 22 00 24 85

Casablanca, le... 09/02/24

Mme HARAKAT Wafaa

364. 2



mg gel le soir pdt 3 mois

100.8

2) Neutrogyl mg cp.

2mg x 2j (n = 3 brts)

32.40

3) PHARMACIE SOURCE

7, Rue Ain Asser...  
 Casablanca - Tél: 05 22 00 24 85

Suppo

SL

516.6

4) URO DYN

Dr LABYAD Abdessamad  
 دكتور الأبيض عبد الله  
 Chirurgien Urologue  
 INPE : 041186651

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca, Maroc

Accueil : 06 66 13 48 93

Urgence : 05 22 77 81 81

E-mail : contact@centre-urologie-oasis.ma

Site web : www.centre-urologie-oasis.ma

**Umax® LP 400 µg**

30 gélules



LOT 231387  
EXP 04/2025  
PPV 121.40DH

30 gélules



LOT 231387  
EXP 04/2025  
PPV 121.40DH

30 gélules



LOT 231388  
EXP 04/2025  
PPV 121.40DH

**NEALGYL® 80 mg**

Phloroglucinol

30 comprimés  
orodispersibles



PPV: 50DH40  
PER: 07/26  
LOT: M2392

**NEALGYL® 80mg**

Phloroglucinol

30 comprimés  
orodispersibles



LOT: M2392  
PER: 07/26  
PPV: 50DH40



Lot N° : 1306878  
Fab : 06/2023  
Per : 06/2025  
PPV : 172,20 Dhs