

# 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



**Déclaration de Maladie**  
MUPRAS  
RECEPTION 9  
M23-0019242

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1367 Société : R A M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DBAW Addenbi  
Date de naissance : 1952  
Adresse : même adresse  
Tél. : 06618638 Total des frais engagés : 924,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Smail MALKI**  
Médecin généraliste  
Lot Chabab 1 N 102 - Deroua  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

Date de consultation : 12 FEV. 2024  
Nom et prénom du malade : DBAW Addenbi Age: 71  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie 29  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, le 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 : *[Signature]* Le : 28/2/24  
Signature de l'adhérent(e) :

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
112 FEB. 2024		CS	150 p.it	Dr. Smail MALKI Médecin Généraliste Chabab 1 N°102 - Deroua 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Imm. 94, LOT N°4-DE ROUA Tél: 05 22 51 47 07 INPE: 06 20 74 810	12.02.24	170,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

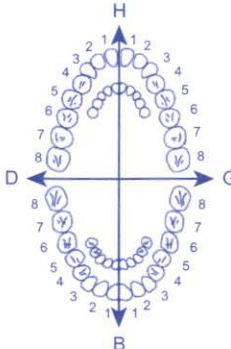
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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.

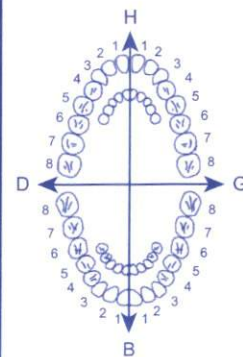
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(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



**Dr. Smail Malki**

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور إسمايل المالكي

طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

**ORDONNANCE**

DEROUA, le : 12 FEV. 2024

DR ALI

AB

Dr. Smail MALKI

Médecin généraliste  
Lot Chabab 1, N° 102 - Deroua  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

39,90 d3

AMLR 10



1/2 x 3 m

120,3 d3 N° 4068 12/12/24

TREZEN 20



1/2 x 3 m

16,20

Voltaren 75



1/2 12.01.24

39,80 d3 N° 4068



8 At / mt

15.1.24, 20

Dr. Smail MALKI

Médecin généraliste

Lot Chabab 1, N° 102 - Deroua  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N° 102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28





6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg  
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

PPV:39DH80

PER: 09/26

LOT: M3071

UT.AV :

08 26

P.P.V. :

98 90

LOT N° :

HL0826

UT.AV :

08 26

P.P.V. :

98 90

LOT N° :

HL0826

UT.AV :

08 26

P.P.V. :

98 90

LOT N° :

HL0826

P10002695

PPV:120DH50  
PER:11/25  
LOT:M3848

PPV:120DH50  
PER:11/25  
LOT:M3848

PPV:120DH50  
PER:11/25  
LOT:M3848

