

# 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

M23-0024838

☒ Maladie

☐ Dentaire

198021

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL KHATTABI Driss  
Date de naissance : 17.5.1954  
Adresse : 57, Rue Zoukaya, Hay Al Maghrib EL Jedid - Bennechid  
Tél. : 06 68 17 32 63 Total des frais engagés : 2016,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 27.02.2024  
Nom et prénom du malade : EL KHATTABI Driss  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : H-TA + JCTA  
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 : Bennechid Le : 27 / 02 / 2024  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
27/02/24				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

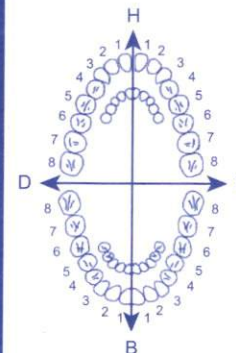
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

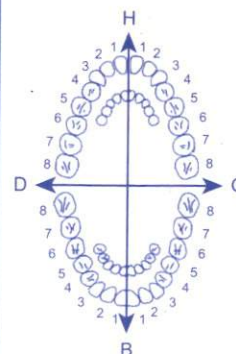
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ALI EL MAKHLOUF  
PROFESSEUR AGREGÉ  
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 27 février 2024

MR EL KHATTABI Driss

PREZAR 50mg  
1 le matin pendant 3 mois

AMEP 5mg Amlodipine  
1 le soir pendant 3 mois

REXABAN 20mg  
1 le matin pendant 3 mois

BAS DE CONTENTION N° 2 A PORTER LE JOUR DE PREFERENCE EN COTON

4 produit(s) prescrit(s)

Docteur ALI EL MAKHLOUF

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483

PPV:82DH70  
PER:10/26  
LOT:M3695

PPV:82DH70  
PER:10/26  
LOT:M3695

PPV:82DH70  
PER:10/26  
LOT:M3695

Pharmacie AL JUM  
BERRADA Jihane  
Pharmacienne  
52, Boulevard AL Houria  
Tél.: 0222 32 41 76 - Berrechid

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. AB  
Tél: 05 22 29 81 55/59

370,00

49,40

49,40

49,40

→ 370,00

→ 370,00



# Pharmacie OMNIA SARL - Berrechid

Dr HAMMOUMI MEHDI

0522336151

83,Avenue Marrakech , BerreCHID



Facture N° FAC-189833

Date : 29/02/2024

EL Khattabi Driss

Maroc

## Produit

THUASNE VENOFLEX CITY CONFORT COTON CLASSE 2 BAS CUISSE  
HOMME NOIR T4 REF 5328

Qté.	P.U	TVA	Total
1	510,00	3	510,00

83, Avenue Marrakech, Berrechid  
Tél : 05 22 33 61 51  
Dr HAMMOUMI MEHDI  
Pharmacie OMNIA SARL

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	0	85,00

Total HT	425,00 DHS
TVA	85,00 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	510,00 DHS
<b>Total</b>	<b>510,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent dix DHS