

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)**



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0025280

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1766

Société : R.A.A.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : SEFFAR Rachid

Date de naissance : 27.04.53

Adresse : 5, Lot Nozha Labjunie Casablanca MAROC

Tél. : 0661632379

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/10/19

Nom et prénom du malade : Lot Nozha Labjunie

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 : 01/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/12/19        | G                 | 300                   |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE SOUS-ABIA<br>YOUSRA LAHABIA<br>Rés. «Les Jardins de Californie»<br>Bd. de Fes Imm. 1 Californie<br>Casa. Tél. 05 22 21 98 04 | 1.10.19 | 381,70                |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|------------------------------|---|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|                              |   |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table><br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H                            |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412                     | 21433552  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D                            | G   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411                     | 11433553  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B                            |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

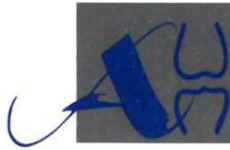
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Noureddine AMOUCI

Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS  
CHIRURGIE DES TENDONS



الدكتور نور الدين العامري

إختصاصي في جراحة

العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

جراحة أمراض الروماتيزم

جراحة المفاصل بالمنظار

جراحة اليد

الجراحة التجميلية

PHARMACIE BOULAIN  
BOUSRA LAHRAÏ  
Jardins de Californie  
Tél : 01 98 94

Le : 01/10/19

CELEBREX 200 mg  
Boîte de 20 gélules

Lot : 1274781

Date Fab: 05 / 2019 - Date Exp: 04 / 2022  
PPV : 150,00 DH

12 gélules

4's

1590  
89,6

CELEBREX 200 mg  
Boîte de 10 gélules

Lot : 1274898

Date Fab: 05 / 2019 - Date Exp: 04 / 2022  
PPV : 88,00 DH

1 gel x 2 h  
1 gel 1 h

15 jours

22.00

22 po

Cesal

4's

Antiflex

mg x 4 h

Bolam 30

1 gel

4's

120,70

381,70

LOT 1274781  
PBB 02/19  
PPV 150,00 DH

120,70