

# 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.

## Diagnostique 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

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 : N° P19- 0011448

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1052 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraitee  
Nom & Prénom : LAAHMI Rabia Date de naissance : 21.11.46  
Adresse : 2 rue Jabel M'goun - Haysalam (C.T.U.)  
Tél. : 0562186125 Total des frais engagés : 150+280,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS, Appt. 5, Hay Hassani, Casablanca, Tél: 0522 20 45 45]  
Date de consultation : 22/08/2019  
Nom et prénom du malade : M. LAAHMI  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Meteorisme  
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 : 29/08/2019  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE P.B. ESSALAM M. SEUKAT OMAR 27, Rue de l'Atlas - C.I.L. Casablanca - Tel 0522.94.15.1 CE 00108214000087	Montant de la Facture 289,20

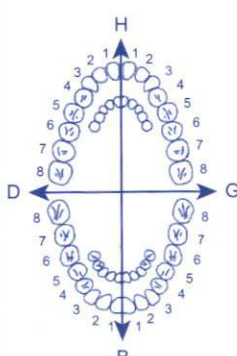
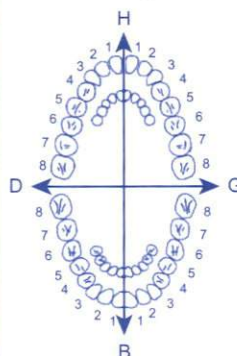
[illegible][illegible]

## 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b>            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

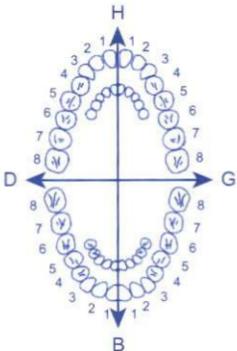
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<div style="text-align: center;">H</div> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D ————— G														
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
<div style="text-align: center;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>  DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>  DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>													

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

2 | 21433552

□

---

—

00000000

0	00000000
---	----------

E

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

# CABINET MEDICAL

# عيادة طبية

Docteur Abdellah FAKIR

Médecine Générale

الدكتور عبد الله فاكير

الطب العام

- ECHOGRAPHIE

-الفحص بالصدى

-ECG

-التخطيط الكهربائي للقلب

-DIABÉTOLOGIE

-داء السكري

-PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE

-الوقاية والتشخيص المبكر لأمراض النساء

Casablanca, le 22/08/2019, الدار البيضاء,

م. ل. ت. ز. ر. ب. ا

74.00  
- Carbosyl  
2 pl x 21 r

40.00  
- Antispa 200  
1 pl x 31 r

39.90  
- Midazolam 500  
1 pl x 21 r

39.00  
- OPRA 205  
1 pl / 200 mg

47.30  
- Demofax  
2 pl / 100 mg

280.20

PHARM  
Mr SE  
27, Rue de  
Casablanca - 7  
ICE 001

Sothema  
L. Tazi, Pharmacien Resp.  
CARBOSYLANE - 48 doses  
PPV 74.00 DH  
6118001070893

LOT : 1970  
UT. AV : 03 - 23  
P.P.V : 39 DH 90

LOT : 1970  
UT. AV : 03 - 23  
P.P.V : 39 DH 90

LOT : 1970  
UT. AV : 03 - 23  
P.P.V : 39 DH 90