

# 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.

## 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.

## Educations :

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.

## Prothèses dentaires :

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° P19-0037158

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7205 Société : RAM 73175  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : NAJEM NAJID  
Date de naissance : 16-05-1957  
Adresse : 13 Rue NAJIKAL MALAEKA Hay TISSIR II  
BERRECHID  
Tél. : 0611536669 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/04/2021  
Nom et prénom du malade : BERRICH NAJID Age : 65  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : arthrose  
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 :

Le : / /

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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 08/04/21        |                   | 1                     | 72,30                           |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                         | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  Pharmacie ALAFAR<br>13,5 Rue Ila Aou M<br>- BERRECHID -<br>Tel: 9582 33 64 01 | 08/04/21 | 72,30                 |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

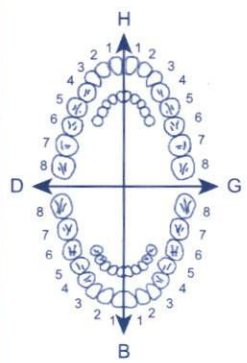
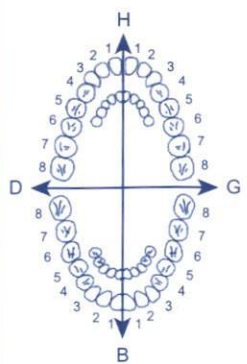
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :**

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

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 25533412                                                                             | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| D                                                                                    | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 35533411                                                                             | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| B                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             | 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'EX

**Dr Omar CHERROUQ**  
Médecine Générale  
Diplômé de la faculté de  
Médecine  
et de pharmacie à Casablanca  
ex-médecin Chef des F.A.R

الدكتور عمر شروق  
الطب العام  
خريج كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب رئيسي سابق بالقوات المسلحة الملكية

ORDONNANCE

08/04/2024

DE 88M NIKKI

51,30.

Pharmacie ALAFAD  
1.3.5 Rue Ila Abou Madi  
- BERRECHID -  
Tel: 0522 33 64 01

S.V

~~Pharmacie ALAFAD~~  
~~1.3.5 Rue Ila Abou Madi~~  
~~- BERRECHID -~~  
~~Tel: 0522 33 64 01~~

N° 01014

21,00

S.V

litras

Pharmacie ALAFAD  
1.3.5 Rue Ila Abou Madi  
- BERRECHID -  
Tel: 0522 33 64 01

N° 01014

72,30

Dr Omar CHERROUQ  
83, V. de la Casablanca  
Berrechid - Tel: 0522 32 50 35

LOT:21041 PER:02/2024  
PPV:21.00 DH

LOT:0081  
EXP:SEP 2025  
PPV:51.30 DH