

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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)

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 Adal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Adal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (RG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-407728

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6405 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El ALI Houssaine

Date de naissance : 28/3/64

Adresse : Lot Lina, 216, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél. : 0661413506 Total des frais engagés : 451,9

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CHRAÏBI Narjisse  
Médecine Général - Echographie  
Sidi Maarouf Route 100  
Résidence Al Adarissa Bloc G1  
Im A App 1 Tél: 05 22 37 46 47

Date de consultation : 26/08/2019

Nom et prénom du malade : Soufiane Narjisse Age : 55

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection abdominale + ORL + brucelle

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-407728

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
26/08/2019				INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
Pharmacie Jamea ADAMISSA AITOUYHANE Ghizlane Lot. Loubna Mag. El Sid Madrouf - Casa Tel: 05 22 58 09 32 - Fax: 05 22 58 17 84	26/08/2019 33190

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prie 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'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25553412</td> <td>21433553</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>35553411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25553412	21433553	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35553411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25553412	21433553																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35553411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la profession			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 Narjisse Chraïbi

Médecine Générale

Diplôme Universitaire d'Echographie Générale  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة نرجس الشرايبي

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

26/8/2019

M<sup>re</sup> Souafi Naïma

4900

1 Belmazel 20 y



20.00 ✓ 1st y

4 Zucam 2chut



7990 ✓ 10 x 35

3/ Bispirazole

10px 35



1480

4/ Vermox 500 y



16820 ✓ 1cp

5/ Augmentin 18 packet

10 x 25 pdr 8j



T=33 190

Dr. Narjisse Chraïbi  
Médecine Générale - Echographie  
Sidi Maârouf, Route 1100  
Résidence El Adarissa Bloc G1  
Tél: 05 22 97 46 47

Sidi Maârouf, Route 1100  
Résidence "El Adarissa"  
Bloc G1, Imm. A, Appt 1  
Casablanca



05 22 97 46 47



05 22 58 15 62

سيدي معروف، طريق 1100

إقامة الإدارة، بلوك G1

عمارة، شقة رقم 1

الدار البيضاء

PPV: 168,20 DH  
LOT: 611228  
PER: 10/20



14,80

COOPER PHARMA

PPV : 20,00 DH



49,00

79,90

PPV: 79DH90  
PER: 01/21  
LOT: I134