

## 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](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 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° W19-454052

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 517 Société : \_\_\_\_\_  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom & Prénom : BENABDALLAH Abdelali  
 Date de naissance : 29/05/1946  
 Adresse : 76 Bd grande Ceinture Ain Diab CAPA  
 Tél. : 0659125586 Total des frais engagés : 1727,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : \_\_\_\_\_

Date de consultation : 28/10/2019  
 Nom et prénom du malade : Naouf Lemrani Age : 40 an  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA + Hypertension  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 : 23/10/2019

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 |
| 28/10/2019                     | CES               |                       | 130,00                          | INP : 061224978                                                |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                              |            |                       |
|------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                 | Date       | Montant de la Facture |
| Pharmacie de l'Espérance<br>28, Rue de la République<br>93100 St Denis | 28/10/2019 | 1597,40               |

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

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|----------------------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
| SOINS DENTAIRES                                                                                                             | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nature des Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |                                          | H                                            |  |  | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                                                             | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21433552         |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000         |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  | G                                        |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000         |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11433553         |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6118001030309  
**TAREG 160 mg**  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 180.30 DH

6118001030309  
**TAREG 160 mg**  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 180.30 DH

28 comprimés pelliculés  
PPV : 180.30 DH

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 230DH0  
EXP 07/2021  
LOT 96005 3

الدكتورة أوبلقاس  
الطب العام  
حي التنمية ، رقم : ب 42 ، الطابق  
سيدي رحال

97,60  
x3

LOT N° : B21813  
UT. AV. : 03/2020 P.P.V: 39 30  
P10020326

ORDONNANCE  
28/10/2019 سيدي رحال ، في :

maoui Pemrani Amina. 3mou

180x3 = 540,90 1/ Tareg 160.  
1cp/j

LOT: 298  
PER: MAI 2022  
PPV: 89 DH 00

28 Comp

LOT: 298  
PER: MAI 2022  
PPV: 89 DH 00

28 Co

89x4 = 356 2/ Candia 25.  
1cp/j

LOT: 294  
PER: MAI 2022  
PPV: 89 DH 00

28 Cor

97,60x3 = 292,80 3/ Nowel 20mg  
1cp/j

Pharmacie de l'Espoir  
Douar Retaïate Route de Bzazmouza  
Km 21, Dar Bouazza  
Tél: 05 22 55 10 11  
Casablanca

23,80x3 = 71,40 4/ Aldactazine  
2cp/j

LOT 181033  
EXP 02/2021  
PPV 99.00DH

LOT 181033  
EXP 02/2021  
PPV 99.00DH

99x3 = 297 5/ Askardil 160mg  
1cp a midi

99x3 = 297 6/ Oeser 20mg  
1cp le soir

LOT: 298  
PER: MAI 2022  
PPV: 89 DH 00

28 Comp

TTL = 1597,40