

# 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise 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.

AS : 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- 0032763

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUA KHACHACHI SANAA

Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY AL WALAH TR 6 SEC 1 IM 1 FAP 124

Sidi Mou

Tél : 06 67 62 44 60

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Farida D'KHISSY

Généraliste

Rés. Attacharouk Tr 5

Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etage

Tel : 0522 71 51 91 Casablanca

Date de consultation : 18/03/2020

Nom et prénom du malade : Ouachachi Sanaa Ouachachi Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie Cervicale Migraine 60 Aff. vascul. - Sh

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
18/04/13	C	1	100.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

18/02/2010      133.10

# 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

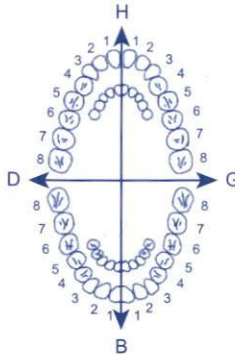
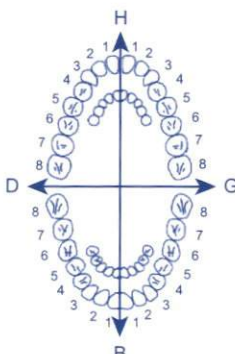
AM    PC    IM    IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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'E

Docteur D'KHISSY Farida

الدكتورة الدخيسي فريدة

Médecine Générale

الطب العام

ECHOGRAPHIE

الفحص بالصدى

Gynéco-Abdomen

تجبير العظام

OSTEOPATHIE

أمراض السكري

Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

Diplômée en Médecine du Travail (Rennes)

خريجة كلية الطب بمونبولى

Diplômée en Métrologie (Amiens)

Casablanca, le

الدار البيضاء في

18/02/20

Mme Chouaf Sanae  
Ouassilhadou

Voltaire 100 mg 2x1

1 sup / le soir au  
couch  
pdt 10

2) Doliprane 500 mg

1 x 3 / 10 mg

3) Gaviscon 100 mg

1 x 2 / 10 mg  
Après

4) Tolmetol 100 mg

1 x 3 / 10 mg

5) Biotin 10 mg

1 x 1 / 10 mg

Dr. Farida D'KHISSY  
Généraliste  
Rés. Attacharouk Tr 5  
Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etage  
Tél: 0522.71.61.91 - Casablanca



LOT: M19076  
EXP: MAY 2022  
PPV: 27,00 DH



LOT: M19032  
EXP: FEV 2022  
PPV: 27,00 DH

PPV 10DH30  
PE 07/22  
LOT 11819



LOT 1900  
EXP 07/22  
PPV 26,40

26,40

e / Munich - Allemagne  
/C S.A.R.L.

PPC: 94 DH  
ES 5.246.16

Bien agiter avant usage.

Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des

marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM No 104/14 DMP/21

PPV: 48 DH 40



BN

926281  
DOM: 09/2019  
09/2021

EXP

3042447