

# 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.

## 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.

## Prothèse 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)

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)



MD: 24452

## Déclaration de Maladie : N° P19-0000977

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres


### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5398 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DR. S. MESOUDE Date de naissance : 08/12/1961  
Adresse :  
Tél. : 0661460415 Total des frais engagés : 538,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :   
Date de consultation : 26 / 02 / 2020  
Nom et prénom du malade : DR. S. MESOUDE NADA Age : 36501  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : 11 MARS 2020  
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 : 26 / 02 / 2020  
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 Reçement des Actes
26.02.06	S		250 M	 <b>DR. GOFITI Hakim</b> <b>PÉDIATRE</b> 600, Bd. Moulay Youssef Tél.: 05 22 48 60 70 - CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE LA BRISE</b> 38, Rue Abdou Salam Marrakech - Casablanca Tél.: 05 22 99 07 03 Fax: 05 22 99 07 03	26/02/06	268,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

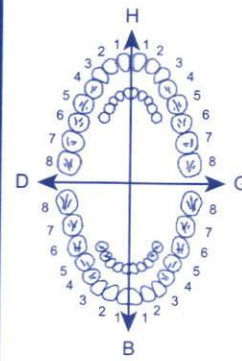
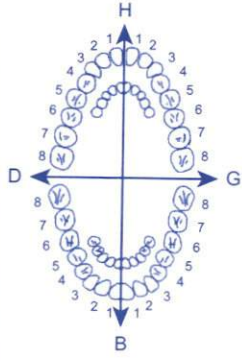
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <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>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H															
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Docteur GOFTI Hakim

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Besançon (France)  
Ancien interne des Hôpitaux  
de Franche - Comté

Tél : 05 22 48 60 70

Fax : 05 22 22 74 73

GSM : 06 61 14 78 85

الدكتور كفتي حكيم

اختصاصي في طب الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بزانسن (فرنسا)

الهاتف ع : 05 22 48 60 70

م : 05 22 22 74 73

ن : 06 61 14 78 85

بالموعد

Casablanca, le

26 02 2020

170,00 Font (S) NADOLIN

0 Fihen 1 sp 20 mg

24,40 1 sp matin et soir (S) 8 j

58,40 matin et soir (S) 8 j

Solupred 20 mg

2 sp le matin

15,70 10 p 40 ml 20 mg (S)

1 cc le soir

T = 268,50

Dr GOFTI Hakim  
PEDIATRE  
600, Bd Moulay Youssef  
Tél. 05 22 48 60 70 - CASABLANCA

LOT 192979  
EXP 12 2  
PPV 170.00 DH

LOT:  
PER:  
PPV:

58,40  
Solupred 20mg

PHARMACIE LA BRÛSSE  
38, Rue Abou Abbas Belkacem  
Marrakech  
Tél: 05 22 99 07 11  
Fax: 05 22 99 07 03  
TOPILEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V.: 150 DH70  
118000 060901

600, Bd. Moulay Youssef - 1er Etage - Casablanca - E-mail : hakimgofti@gmail.com

INPE 091067793 - ICE 001666569000064

Si urgence : Clinique ATFAL : 05 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73