

# 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.

## Pathologie 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  
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- 0012158

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003100 Société :   
 ☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :   
 Nom & Prénom : B. A. TASSALAYACHI Date de naissance :   
 Adresse : HAYE LALLA MERIEH BOLOC 8 N°16 casa   
 Tél. : 06.63.43.66.40 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bakara Deouir Age:

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

Nature de la maladie :

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
02	10 MARS 2020	1	128 DM	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA MARCE CRIO SAKI N° 5 FMC 08 Lalla Marni Casablanca Tel / Fax : 05 22 50 44 17	10/03/2020	675,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

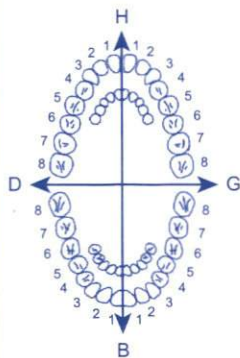
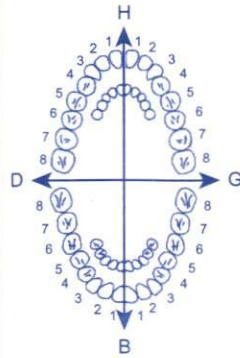
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

**Dr. Mohammed Jawad OUHAMMOUCH**

Ex. Medecine Des FAR

Ex. Medecine Chef De La CS De Hay Hassani Berrechid

Ex. Responsable de La Commission De La Visite

Pour Permis De Conduire Délégation EL FIDA

Medecine Generale

urgence : 06.20.06.75.19

Casablanca: ..... الدار البيضاء في: **10 MARS 2020**

NOM: Batoua Douin

80,00 x 2

① Altorc cp N°2  
1/2 h

② cedil gp 1/4 x 4.

116,80 x 2

③ Lipran Kyt 160 1 gl 5 N°2

30,00 x 2

④ myantalgic cp 1/4 x 52.

52,00

⑤ Vallarini 100 sup  
1 sup 6 hor

675,60



**Dr. Mohammed Jawad OUHAMMOUCH**  
الطبيب محمد جواد أوحموش  
05.22.63.72.77 - 05.22.60.63.72.77  
05.20.06.75.19 - 05.22.60.63.72.77

العنوان : بلوك العناني زنقة 32 الرقم 31 - الحي المحمدي - البيضاء الهاتف : 05.22.63.72.77

Adresse: Bloc El Inani Rue 32 N° 31 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05.22.63.72.77

**MYANTALGIC**® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 09/2021  
LOT 97024 2

**MYANTALGIC**® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 07/2021  
LOT 94043 3

**MYANTALGIC**® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 10/2021  
LOT 97024 3

**MYANTALGIC**® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 11/2021  
LOT 90041 1

**MYANTALGIC**® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 07/2021  
LOT 94043 4

**MYANTALGIC**® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 10/2021  
LOT 97024 3

**MYANTALGIC**® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 07/2021  
LOT 94043 3

maphar  
ZI Zenata Ah Sebta, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V.: 160 mg DH  
6 118001 181636

maphar  
ZI Zenata Ah Sebta, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V.: 160 mg DH  
6 118001 181636

LOT: M0798  
EXP: JUN 2021  
PPV: 52.00 DH

80,00

80,00