

# 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.

## Diagnostic 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  
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



25942

**Déclaration de Maladie : N° P19-0003651**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3220 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : non épouse  
Nom & Prénom : BAKOUSTI Mustapha Date de naissance : 18/5/77  
Adresse : Lot Sidi Abderrahmane Rue 40 N°22 au 1er  
Tél. : 662247318 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/07/20  
Nom et prénom du malade : M. HART HABIBA Age : (19.8)  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : traumatisme du bassin  
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 : 14.4.20 Le : 10/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0003651

78240 Dk

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
20/03/2020	C	1	150,00	Dr. DARROUSSI Malika Généraliste Lot Chehdi N° 344 Bd. Abdou El Oulfa - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe N° 164 N° 2325 El Oulfa - CASABLANCA Tél: 05 22 89 09 63	20/03/2020	632,40

# 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	

# 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 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 de

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

الدكتورة دروسي مليكة

Docteur en Médecine  
Echographie générale  
Nutrition

دكتوراه في الطب  
شهادة في الفحص بالصدى الصوتي  
شهادة في طب التغذية و الحمية

DR. DARROUSSI Malika  
Médecine Générale  
Lot. Chadia 344 Bd. Oued  
El Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 89 09 63

20/03/20

M. HARIT. HABBA

1) Buxin 20 gr ell 100,40  
148 ap 49

2) coltrax 20 x 2 (20 jours) 49,40 x 6  
3) ESAC 20 160,60 paracétamol 1g 148 x 3f

4) Voltaren Emul gel 60,00  
all x 2f

تجزئة الشهدية 344 شارع وادي الدرة - الألفه , الهاتف : 05.22.91.01.97 الدار البيضاء

Lotissement Chadia 344 Bd.Oued Daoura - El Oulfa Tél : 05.22.91.01.97 Casablanca

632,40



10040 →

LOT 13003  
PER 11/21  
PPV 100DH40

49,40

49,40

49,40

49,40

49,40

LOT : 19006  
PER : 09/21  
PPV : 160DH60

49,40

PARANTAL® 1g

PPV 15DH00  
EXP 09/2022  
LOT 99027 2

LOT: M0348  
EXP: MAI 2022  
PPV: 60,00 DH

PHARMACIE SOULETANE  
Groupe N° 15 N° 23/25  
El Oulfa - Guelma

Tél.: 05 22 89 09 63  
I.C.E.: 000500246000026