

## 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.

#### Diagnostique 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.

#### Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

#### 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.

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038233

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10077 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHACHELLE Abdelhak

Date de naissance : 24.10.1959

Adresse : HASSANIA I RUE 43 W 43

OUFA Casablanca

Tél. : 06 40 22 78 98 Total des frais engagés : 524,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/07/2020

Nom et prénom du malade : EL KHACHELLE Larifa Age : 61 ans

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

Nature de la maladie : Sclérose en plaques

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 : 27/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
24/07/2020		CS	150.000	
24/07/2020		cl	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/20	275.00
	24/07/20	99.20

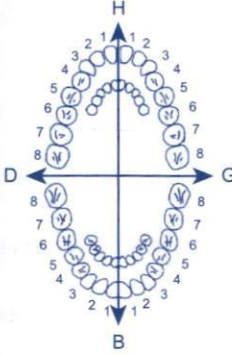
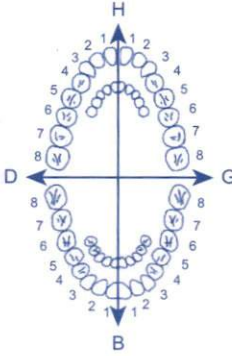
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

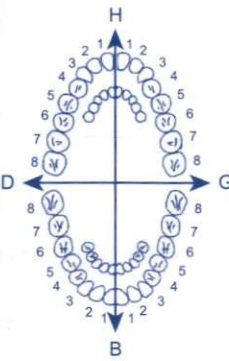
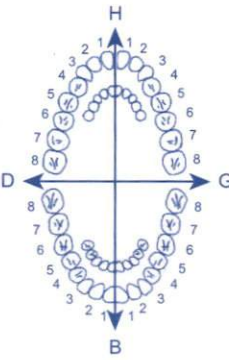
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Latifa Elbouraki Salama

الدكتورة لطيفة البراقي سلامة

Médecine Générale  
Echographie

الطب العام  
الفحص بالصدى

Tél: 06 72 66 74 66

الهاتف : 06 72 66 74 66

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20D06  
EXP: 04/2023

Dr. Latifa EL BOURAKI  
Médecine Générale Echographie  
GH7 Imm. 517 Kopt 6 - Dar Salam  
Casablanca - Tél: 06 72 66 74 66

le 24/07/2020

ORDONNANCE

KHACHILLE

NATLA

49.60+2

1°) D. cere forte, amp bu  
Δ amp 15j x 3 mois



99.20

PHARMACIE AL HAKIM  
DR. AL BOURAKI BOUCHRA  
100, Rue Angle 64/100 Lot, Setella Oulfa,  
CASABLANCA - Tél: 0522 90 71 60

Dr. Latifa EL BOURAKI  
Médecine Générale Echographie  
GH7 Imm. 517 Kopt 6 - Dar Salam  
Casablanca - Tél: 06 72 66 74 66



Docteur Latifa BOURAKI

Médecine Générale

Echographie

Tél. : 06 72 66 74 66



الدكتورة لطيفة البراقي

الطب العام

الفحص بالصدى

الهاتف : 06 72 66 74 66

Casablanca le 21/07/2020 : الدار البيضاء في :

Dr. Latifa EL BOURAKI  
Médecine Générale Echographie  
GH7 Imm. 51 Appt. 6 - Dar Salam  
Casablanca - Tél. : 06 72 66 74 66

Dr. Latifa EL BOURAKI

21.00

10)

Librosa, cp



PHARMACIE AL HAKIM  
Dr. Latifa EL BOURAKI  
Médecine Générale Echographie  
GH7 Imm. 51 Appt. 6 - Dar Salam  
Casablanca - Tél. : 06 72 66 74 66

31.70 + 2

2)

Alpurg 0.5 mg, gel (n°2)



1 gel 5 le kin x 2 mois

133.60

3)

Diovenor 600mg, cp



1 cp 5 le kin.

49.00

4)

Belnapol 20mg,



1 gel 15 le mat x 14j

5) Carbofore-65

1 gel x 21j

275.00

Dr. Latifa EL BOURAKI  
Médecine Générale Echographie  
GH7 Imm. 51 Appt. 6 - Dar Salam  
Casablanca - Tél. : 06 72 66 74 66

مجموعة 7 عمارة 51 الشقة 6 دار السلام الوثقة - الدار البيضاء

GH7 Imm 51 Appt N°6 - Dar Salam Oulfa - Casablanca

LOT -200747 1  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200747 1  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

133,60

LOT :  
EXP :  
PPV :

49,00

LOT:20010 PER:01/2023  
PPV:21.00 DH

Fabriqué sous licence Meda  
par les laboratoires Steripharma  
Zilina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca