

## 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.

### Medicine 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.

### Educations :

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](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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-502743

45467

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03572 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. HAMIS MESRAR

Date de naissance : 05/12/1951

Adresse : Bd Mad 6 Résid Les jardins ANAALOUS

10515 MALABATA - TANGER

Tél : 0660010920 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : MAAROUFI BOUCHRA Age 62

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

Nature de la maladie : Arthralgies

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'attache du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 26/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

*[Stamp]*



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>8, Rue des Hôpitaux Quali</p> <p>5 Hôpitaux Ibn Rochd (Mor)</p> <p>Tél: 3522 20 20 42</p> <p>Casablanca</p>	26/10/2020	421,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

**VOLET ADHERENT**

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
					MONTANTS DES SOINS																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
	<div> <div>H</div> <table> <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> </div> <div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>						25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
					DATE DU DEVIS																				
					DATE DE L'EXECUTION																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

# Cabinet de Médecine Interne

**Dr. Sanaa EL HERRAR**

Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies Rhumatismales  
Maladies des os et des articulations  
Gériatrie, Check-up médical

Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
Pierre et Marie Curie (Paris)



**الدكتورة سناء الحرار**

إختصاصية في الطب الباطني  
أمراض الروماتيزم، العظام والمفاصل  
طب المسنين وأمراض الشيخوخة

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
مجازة من كلية الطب بباريس

Casa le 26.10.2020

Hme Nouraf. Baoula



40,30

1. Xanax 0,5mg : 1/2 cp le soir



122,70

2. Doflex 50 = 1 cp x 21 J



60,40

3. Di-imdo 100 mg : 1 sup



198,00

4. NOCICEPTOL 198,00 : 1 sup x 21 J



48, Rue des Hôpitaux Quar...  
Hôpitaux Ibn Rochd (Morocco)  
Tél: 0522 20 40 84 / 61

Dr. Sanaa EL HERRAR  
Spécialiste en Médecine Interne  
40, Rue des Hôpitaux, Immeuble les Roseaux, étage 3 N° 12  
Tél: 0522 20 40 84 / 61

40, زنفة المستشفيات (مقابل مركز التشخيص ابن رشد، جناح 28) الطابق 3 الشقة 12، الدار البيضاء

40, Rue des Hôpitaux, Immeuble les Roseaux, étage 3 N° 12 (En face du Centre de diagnostic Ibn Rochd, Pavillon 28) Casablanca

Tél.: 05 22 49 11 86 - GSM : 06 48 95 93 48 - Email : Dr.elherrar@gmail.com