

# 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.

## Éducation :

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- 064489

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 46 825 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3100 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BATASSA LAYACHI  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 06.27.25.73.14 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : 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 : 12/11/2020  
Signature de l'adhérent(e) :





## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
				<b>Coefficient des travaux</b>											
				<b>Montant des soins</b>											
				<b>Début d'exécution</b>											
				<b>Fin d'exécution</b>											
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	<b>Montant des soins</b>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b>													
		<b>Fin d'exécution</b>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM: <u>LAYACH BATASSA</u>	Mle
DECLARATION N° <b>P 14 / 0000524</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0000524

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom <u>BATASSA LAYACH</u>				
Fonction <u>3100</u>	Phones			
Mail <u>HA VELALLE HEIREN Bdcos N°16 GARA (Lub)</u>				
MEDECIN	Prénom du patient <u>BATASSA Layachi</u>		Signature et cachet du Médecin	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date		
Nature de la maladie	Date 1ère visite			
<u>AVC</u>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et cachet du Pharmacien	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<u>C</u>	<u>1</u>	<u>150, Dr. SANDOUBI Montate</u>		
PHARMACIE	Date <u>04/11/2020</u>		Signature et cachet du Pharmacien  MARCHE CRIO - SARL AU N°10 Bloc 08 Lalla Meriam Casablanca Tél / Fax : 09 22 59 44 17	
Montant de la facture				
<u>2962,30</u>				
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

Docteur SANDAOUI Mostafa

الدكتور سنداوي مصطفى

Medecine Générale

الطب العام

Ancien Médecin à l'Hôpital AL Hassani

طبيب سابقا بمستشفى الحسني

Nador

الناظور

356, Av. Chouhada (en Face Cinéma Saâda)

356, محج الشهداء (مقابل سينما السعادة)

Hay Mohammadi - Casablanca

حي المحمدي - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 60 20 20

الهاتف : 05 22 60 20 20

10 NOV 2020

BATASSA Laapelle

56,10 x 19

29,00 x 4

4 Motropyl 1/2  
1 cas + 2/

x 4 kas

21 LD. Mor 20

x 4

108,00 x 4

3/ Roupil 10 Wia

x 4

113,50 x 4

4/ Crouder 1/2

x 4

21,80 x 6

5/ Aspiric 1/2

x 4

151,80

Dr. SANDAOUI Mostafa  
Medecine Générale  
356 Av. "A" El Fajr Innaba Saâda  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél. 05 22 60 20 20



$34 \overline{) 6}$ 

67 plus plus

(S.V)

267

34.60  
42

71

Lanti

Pharmacia  
Bic 08  
Fasabir  
Lan

(S.V.)

2-4-45

23.00  
x3

87 Tenney M

x 6-

2962,30 yg ber

Dr. SANDAQUI Mostafa

[illegible]

**MARCHECRIO PHARMA S.A.R.L. AU**  
N°10 Bloc 08 Lalla Meriam  
Casablanca  
Tel / Fax: 05 22 56 44 17

<p>ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V.: 21DH80 LOT : 20E006 PER.:06 2021</p> <p>ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V.: 21DH80 LOT : 20E007 PER.:09 2021</p> <p>TEMESTA 1MG CP SEC B50 P.P.V.: 23DH00 LOT : 9MA011 PER.:03 2021</p> <p>LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V.: 34DH60 LOT : 19E009 PER.:10 2023</p>	<p>ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V.: 21DH80 LOT : 20E006 PER.:06 2021</p> <p>ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V.: 21DH80 LOT : 20E006 PER.:06 2021</p> <p>LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V.: 34DH60 LOT : 20E014 PER.:12 2023</p> <p>LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V.: 34DH60 LOT : 19E010 PER.:10 2023</p>	<p>ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V.: 21DH80 LOT : 20E006 PER.:06 2021</p> <p>ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V.: 21DH80 LOT : 20E006 PER.:06 2021</p> <p>LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V.: 34DH60 LOT : 19E010 PER.:10 2023</p> <p>LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V.: 34DH60 LOT : 19E007 PER.:09 2023</p>
--	---	---

PPV: 34DH50  
PER: 04-23  
LOT: J1216

PPV: 34DH50  
PER: 10-22  
LOT: J1901

PPV: 34DH50  
PER: 05-23  
LOT: J1511

PPV: 34DH50  
PER: 01-23  
LOT: J1115

PPV: 34DH50  
PER: 10-22  
LOT: J2372

PPV (DH):  
LOT N°:  
UT. AV.:  
PPV : 99,00DH  
UT AV : 01/2023  
LOT : 200174

PPV (DH):  
LOT N°:  
UT. AV.:  
PPV : 99,00DH  
UT AV : 02/2023  
LOT : 200379

PPV (DH):  
LOT N°:  
UT. AV.:  
PPV : 99,00DH  
UT AV : 03/2023  
LOT : 200497

LOT N°:  
PPV : 99,00DH  
UT AV : 03/2023  
LOT : 200497

LOT: 19057  
PER: 02-2022  
PPV: 113,50 DH

LOT: 19190  
PER: 08/2022  
PPV: 113,50 DH

LOT: 19214  
PER: 08/2022  
PPV: 113,50 DH

LOT: 19214  
PER: 08/2022  
PPV: 113,50 DH

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50  
P.P.V.: 23DH00  
LOT : 19E001  
PER.:09 2021

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50  
P.P.V.: 23DH00  
LOT : 9MA011  
PER.:03 2021



56,10

56,10

56,10

56,10

(12)

472

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

1084.00

PHATTA  
RCHER  
BROC  
Tallie C  
Nino Broc  
PER 08 2024

1084.00

1084.00

1084.00

1 00.00