

# 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.

## 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](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.

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044070/390

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0390

Société : 48058

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06.46.29.10.32

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة القيشي فتيحة  
Docteur El Kaichi Fatima  
N°1, Imm.A28 Résidence Addamane  
Ain chock-CASA-Tél:0522.50.11.90

Date de consultation : 13/11/2020

Nom et prénom du malade : NAZIH Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie - Météorisme - Gastrite

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 : 20/11/2020

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/11/2020      | C                 | C <sub>1</sub>        | 1500H                           | <p>الدكتور عائشة فتيحة</p> <p>Docteur El Raichi Fatiha</p> <p>N°1 Imp A28 Résidence Addamane</p> <p>Ain chock-CASA-Tél:0522.50.11.90</p> |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <p>PHARMACIE HAY AL MANZAH</p> <p>LA ALI</p> <p>LAL AL Manzah Imm2 Mag 1</p> <p>INPE 062088778</p> <p>Tél: 05 22 51 51 84</p> | 13/11/2020 | 190,70                |

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <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 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 25533412   | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | D  | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 35533411   | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | B  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                     | MONTANTS DES SOINS |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | [Création, remont, adjonction]   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  | DATE DU DEVIS       |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  | DATE DE L'EXECUTION |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **Fatiha EL KAÏCHI**  
Médecine générale

N° 1, Imm. A 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél: 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي  
الطب العام

رقم 1, عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحي)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 50 11 90



611 800115 010 6  
CELESTENE Chronodose 1 Amp  
P.P.V.: 26,70DH  
AMM 19 / 14DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bousekoura

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Casablanca, le : 13/11/2020

NAZIH Fatima

1) Célestène

1 injection en IM 1j x 3j.

2) Doliprane 1g

1 cp x 3j

3) Météospasmyl

1 capsule x 3j

4) INEXIUM

1 cp 1j après le dîner x 14j.

PPV: 14DH00  
PER: 05/22  
LOT: I1146

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

PHARMACIE HAY AL MANZAH  
Lot Al Manzah Imm2 Mag 1  
N°1, Imm. A28, Résidence Addamane  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 51 51 84

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair brou al asoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR  
Boîte 14

641/5DMP/21/NRQ P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

الدكتورة فتيحة القيشي  
Docteur El Kaichi, Fatiha  
N°1, Imm. A28, Résidence Addamane  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 50 11 90