

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**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.

**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- 057160

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

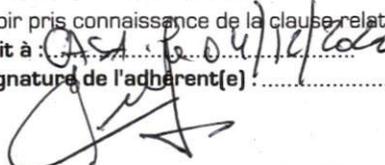
**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 02830 Société : LTA **Bookey**  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : Retraite  
Nom & Prénom : KESBOUVI Rehamed  
Date de naissance : 01-07-1950  
Adresse : Résidence EL FATE Im. RAYHANE n°11, 3077  
HAY EL BOUS - BELMOUSSA - Casablanca  
Tél. : 0996 589 100 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 : Casablanca le : ...../...../.....  
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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

31/10/20

298,90

### 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

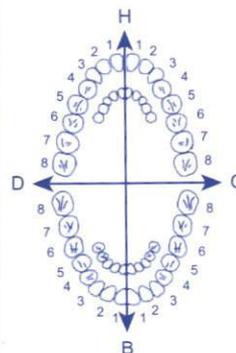
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

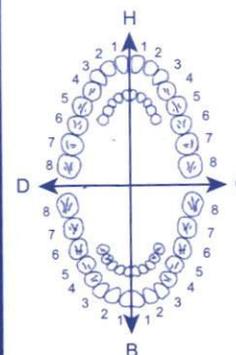
#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[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 Tijani TAK-TAK**  
Spécialiste en Médecine Interne  
Ancien Interne des Hôpitaux  
de Marseille

الدكتور التيجاني طوق طوق  
اختصاصي في الطب الباطني

**PHARMACIE LA RESISTANCE**  
**CASABLANCA**  
337, Bd Med V - Casablanca  
Tél: 0522 30 30 82  
ICE n°: 002009033000061

Case le 31/10/22

M<sup>re</sup> Kharrouch

Santé

49,70x2  
1/1

Azi  
1/1  
1/1

Tou  
le 10/10/22  
Tijani



PPV: 79DH70  
PER: 09/23  
LOT: J2418

PPV: 79DH70  
PER: 09/23  
LOT: J2418

17, Place Pasteur, 1<sup>er</sup> étage n° 11 - Casablanca - Tél.: 05 22 26 90 61 - GSM: 06 62 02 03 01  
06 62 02 03 01 : النقال - 05 22 26 90 61 : الهاتف - 11 - الدار البيضاء - ساحة باستور، الطابق الأول، رقم

E-mail : tijani-taktak@hotmail.com

2/ Dure 100 000  
49,60 12/15 ✓



3/ Berroca e  
49,00 12/15 ✓



PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E27  
EXP: 05/2023

4/ Zinaskin v  
40,90 12/15 ✓



PPV: 49,00 DH  
LOT: CB00103  
EXP: 05/2023

298,90

**ZINASKIN®**

PPV 40DH90

EXP 08/2023  
LOT 09029 2

Docteur Tijani Tak Tak  
Spécialiste en Médecine Interne  
17 Place ~~de la Liberté~~ Casablanca  
Tel: 0522 30 30 82  
0522 30 30 82

**PHARMACIE LA RESISTANCE**  
**CASABLANCA**  
337, Bd Med V - Casablanca  
Tél: 0522 30 30 82  
ICE n°: 002009033000061