

# 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.

## Prothèse :

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- 050362

ND: 50353

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08219 Société : 12 AM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KHBAZ HICHAH  
Date de naissance : 07-06-1968  
Adresse : 6 ILLOT 20 CGT La ville verte BOUKOURA  
Tél. : 0661465195 Total des frais engagés : 852,5 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2020  
Nom et prénom du malade : Abin KHBAZ 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, compléter 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 : Casa Le : 2020  
Signature de l'adhérent(e) :



DI: MBARKA TAL  
Président - Casablanca  
Tél: 05 22 20 45 45 / 05 22 22 78 18



# 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
13/11/20	G	8	257,14	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ROUTE DEL IADIA 240, Bd Brahim Redda Tél: 05 77 97 57 40	13/11/20	125,30
	13/11/20	477,2

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

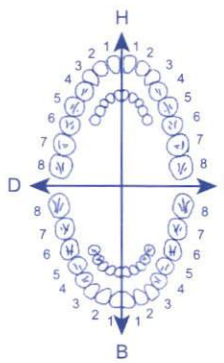
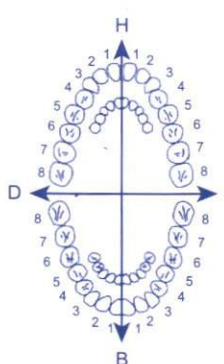
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 M'barka TADRARTI

PÉDIATRE

ENDOSCOPIE DIGESTIVE & PH-METRIE

Ancienne Interne des Hôpitaux de Rennes  
D.E.A. De biologie cellulaire et fonctionnelle  
des processus digestifs, Paris VII  
Diplôme d'université d'endoscopie digestive  
et de proctologie pédiatriques, Paris VII  
Membre du groupe francophone de  
gastro-entérologie et nutrition pédiatriques

19, Rue Nassih Eddine (Socrate)  
Résidence Anfa 3 - Maârif - Casablanca.  
Tél./ Fax : 0522 99 23 45 - 0522 99 26 09  
E-mail: tadbarka@yahoo.fr

## الدكتورة مباركة تادراتي

إختصاصية في طب الأطفال

الفحص الباطني للجهاز الهضمي

خريجة كلية الطب بفرنسا

ملحقة سابقا بمستشفى روبير دوبري

عضو في الجمع الفرنسي

لأمراض الجهاز الهضمي

19. زنقة ناصح الدين (سقراط) إقامة أنفا 3

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس : 0522 99 26 09 - 0522 99 23 45

13/11/2020

Mlle KHAZ Abir 49

### 1) PEDIAKID Appétit

une cuillère-à-café le matin et à 16 h  
Traitement pour 30 jours

### 2) OPTICRON collyre

une goutte le matin, à midi, le soir  
dans les 2 yeux  
Traitement pour 30 jours

### 3) ZYRTEC Comprimés 10

Une comprimé le soir  
Un comprimé le soir.  
Traitement pour 3 mois.  
Traitement pour 90 jours

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml  
sol Inj b1  
P.P.V : 125,30 DH  
118001 082247

