

# 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.

## Diologie 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- 056509  
ND: 52040

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAHCHACHI SANAA

Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY AL WALAA TR6 Soc 1 IM 1 APP 124

Tél. 06 87674460 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : OUAHCHACHI SANAA Age :

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

Nature de la maladie : Affect. ophtalmique

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 : 02/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

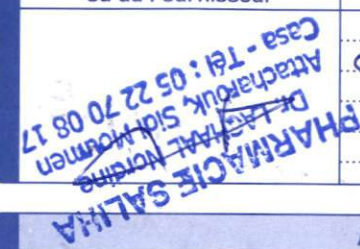
18 DEC. 2020

ACCUEIL

# 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 2.11.2020       | C                 | 1                     | 120,00                          |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 02/11/2020 | 183,30                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

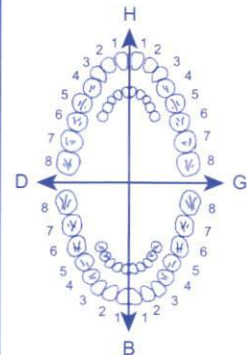
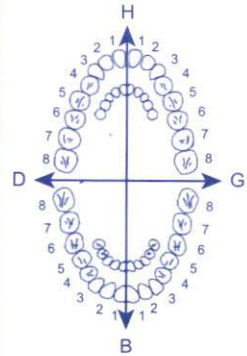
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 <input type="text"/> |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412<br/> 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552<br/> 00000000<br/> 00000000<br/> 35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/> 00000000<br/> 11433553 </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil, Mabrouka

CAB. Fax : 0522 37 12 80  
Tél: DOM. : 0522 98 34 14  
URGENCE : 0663 09 41 09

الدكتور مصطفى خليل

14, شارع النيل - مبروكة

عيادة - فاكس : 0522 37 12 80

منزل : 0522 98 34 14

مستعجلات : 0663 09 41 09

الهاتف :

Casablanca, le 2.11.2020

Veuve OUAKHCHACHI SANA

99.50 - Phylarm unidoses (AS)  
usage OPHTHALM. en cas de besoin

27.90 - Sésomédine 0,1% Collyre (AS)  
1 goutte x 3 fois par jour des 2 yeux.

- Sesum Physiodoses  
Hygiène oculaire en cas de besoin.

26.60 - Tobrex 0,3% Collyre (AS)

(12.00) 1 dose le soir.  
- Normojastoyl N°3  
1cp après 3 repas

PHARMAT  
Dr. Mustapha Khalil  
Atta - le : 05 22 70 08 17  
ORDINE  
SANA  
Docteur Mustapha Khalil  
Tél : 05 22 37 12 80  
Fax : 05 22 98 34 14  
Urgence : 06 63 09 41 09

189.30

16 u

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

DESOMEDINE 0.1%  
Collyre 10ml

LOT/سلسلة H4177  
FAB/تاريخ 01-2019  
EXP/تاريخ الانتهاء 01-2022

ZENITH PHARMA  
PPV 27.90 DHS  
ADSP n°52 DMP/21/NRC

LOT 06387 6

EXP 09/2024

PPV 12DH00

26.40

**NORMOGASTRYL**

PPV 12DH00  
EXP 09/2024  
LOT 06387 6

**NORMOGASTRYL**

PPV 12DH00  
EXP 05/2024  
LOT 03053 4

**NORMOGASTRYL**

PPV 12DH00  
EXP 04/2024  
LOT 03042 6