

**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



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 052362

Maladie       Dentaire       Optique **52550**       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **HC43**      Société : **Rehmatel (RAM)**

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : **KHAOUJA Boucharb**

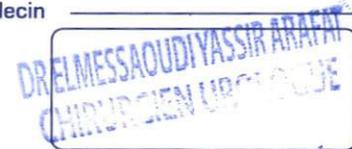
Date de naissance : **12-05-1960**

Adresse : **240 Bd AL JAWHANE SALMA**

Tél. **0674370077**      Total des frais engagés **06 + 812 601** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/12/2020**

Nom et prénom du malade : **KHAOUJA Boucharb**      Age : **60 ans**

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : **abcès peau suite + rétention urinaire**

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 : **21-12-2020**      Le : **11/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Boucharb**      **Boucharb**

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

**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
21-12-2020	G	G		

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam 226, Boulevard Al Joufani Salma 2 - Casablanca Tél: 05 22 38 01 47 CE : 002115854000092	21/12/2020	812,60

**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	

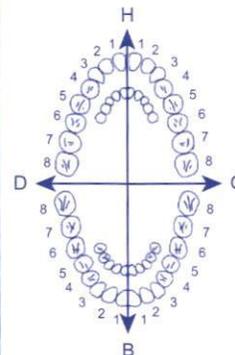
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 canalaires, 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"/>

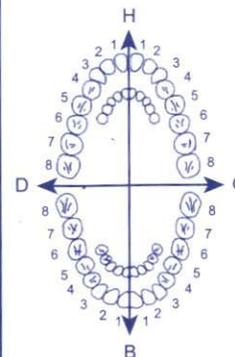


**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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



الضمان الاجتماعي  
+toI08+ +toI08+

**CNSS**

Le devoir de vous protéger



الإدارة II

INARA II

وصفة  
ORDONNANCE

le 21.12.2020

0000858236 1 12/06/1960  
KHAOUDI  
BOUCHAIB PC MUPRAS 18/12/2020  
202004529  
CHR. GLE & VISCERALE  
SALLE LIT

19650 x 3 589 150  
11 SEPTEUR 100



PHARMACIE FADILA CASABLANCA  
Mme FIDALI GUEN NOUN Ibtissam  
226, Boulevard Al Joulane  
Salmia 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 38 01 47  
ICE : 002115854000092

49180



2 x 2 g 1/2 h

2 FLACON 100

66180 x 2 13360



2 x 2 g 1/2 h

31 Flamma 100



2 x 2 g 1/2 h

39170



2 x 2 g 1/2 h

PHARMACIE FADILA  
Mme FIDALI GUEN NOUN Ibtissam  
226, Boulevard Al Joulane  
Salmia 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 38 01 47  
ICE : 002115854000092

Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

Tel: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

PHARMACIE FADILA CASABLANCA  
POLYCLINIQUE

LOT: 05820003  
PER: 04/2023  
PPV: 196.50DH

LOT: 05820001  
PER: 04/2023  
PPV: 196.50DH

LOT: 05820002  
PER: 04/2023  
PPV: 196.50DH  
196,50

LOT: 206228  
PER: 05/2025  
FLAGYL 500 mg  
CP: ~~020~~

P.P.V. 49DH80



39702

**Fucidine® 2%**  
pommade Tube de 15 g



LOT / BATCH: 16270  
FAB / MFR: 03-2020  
EXP: 02-2023

50 g e

PPV: 66.80 DH



LOT / BATCH: 16269  
FAB / MFR: 03-2020  
EXP: 02-2023

50 g e

PPV: 66.80 DH