

# 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.

## 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 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- 068972

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKDOUR Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : CHSA

Tél : 0777.035.981 Total des frais engagés : 958,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelkader ELMADI  
MEDECINE GÉNÉRALE  
Echographie Générale  
153 Rue 25, Bd. Panoramique  
Bine Lamdoun Casablanca  
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711  
Autorisation N° 4994

Date de consultation : 06/01/2021

Nom et prénom du malade : M. BOUKDOUR Brahim Age : 71

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée (ALD)

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 : CHSA Le : 06/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : Boukdour Brahim





# 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
06 JAN 2021		4	1308,00	Dr. Abdoullahi B. M. M. DE MEDICINE GÉNÉRALE 153 Rue 25, Bd. Panoramique Bine Lamdoune Casablanca Tél: 05-22-21-11 12 - INPE : 091057711 Autorisation N° : 4994
INPE : 091057711				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

06/01/2021 828,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

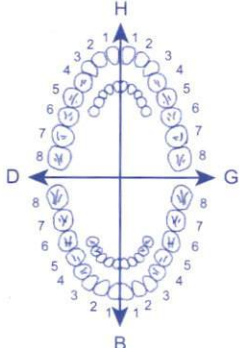
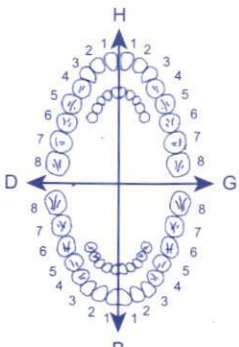
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE


Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier


الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام


دبلوم الكشف بالصدى  
خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا


Casablanca le : 2011-07-21

79,00  *Handwritten text: 79,00 ...*


84,00  *Handwritten text: 84,00 ...*

71,30  
x3

 *Handwritten text: 71,30 x3 ...*

86,30  *Handwritten text: 86,30 ...*

113,70

 *Handwritten text: 113,70 ...*

91,00

80,00 x 2

828,10

 *Handwritten text: 828,10 ...*

Pharmacie des Cygnes  
Mme. LAHRICHI SAMIA  
256, Boulevard de l'Oasis  
Tél.: 05 22 98 85 17 - Casablanca

Docteur Abdelkader EL MADI  
MEDECINE GENERALE  
Echographie Générale  
153 Rue 25 Bd. Panoramique  
Bine Lamdoune Casablanca  
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711  
Autorisation N° 4994

153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 001778217000037

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711



LOT 202229 1  
EXP 09 2022  
PPV 79.00 DH

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH  
6 118001 101184  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elourfi,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAGUDDI

71,30

71,30

71,30

Lot N° : 0741N015  
FAB : 07-2019  
EXP : 07-2022  
PPV : 86DH50

..... 20 mg PPV: 113 DH 70

Posologie  
notice à l'intérieur.  
rue des enfants.  
ne dépassant pas

الجرعة  
داخل  
رعاية ملوية.

Comprimés pelliculés

LOT : KE00009  
PER : DEC 2021  
PPV : 91 DH 00

Comprimés pelliculés

LOT : KE00011  
PER : DEC 2021  
PPV : 80,00 DH

Comprimés pelliculés

LOT : KE00011  
PER : DEC 2021  
PPV : 80,00 DH