

# 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.

## Radiologie 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 radiologie 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

La 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

M22- 0034244

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 154282  
 Nom & Prénom : ALILA HAKIMA  
 Date de naissance : 17/03/1983  
 Adresse : 175 Bd ROUDANI n°01 L H9  
 Tél. : 0661178650 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 : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : H9 Le : 15/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : ALILA HAKIMA

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## 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
			CG	DE NASSIMA HISSSEINE.A Radiologie et modialyse Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BAYT AL FATH N° 6146 Bayt Al Fath Quartier Beausite Ain Sebaa Casablanca Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 14 62 E-mail: aliaaf@yahoo.com	14/03/2023	558,60 R.C. N° 30390320 R.C. N° 280420

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

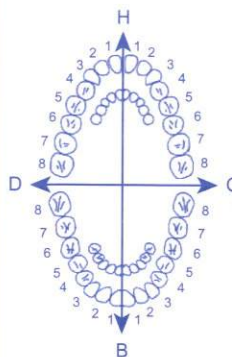
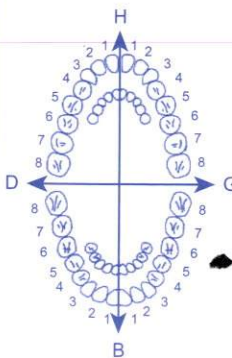
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																	
	<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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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



IBN ROCHD ابن رشد  
Casablanca الدار البيضاء

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le 14/03/03

## ORDONNANCE

Docteur : LILIA Hakima

PHARMACIE DOYT AL FATH  
Patente N° 320520  
R.C. 120

60x3  
- Dolipr



5 - 5 - 1

60x3  
- Cardesiel



1 - 0 - 0

4110  
- Bronchovax



1 - 1 - 1

22.80x3  
- Ataracyl



1 - 0 - 0

3 mois

Dr. NASSIMA HISSEINE  
Néphrologie Hémodialyse  
Casablanca

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

42

42

42

42

LOT:1183  
PER:01/25  
PPV:41,10DH

LOT : 201285

UT AV : 08/2023

PPV : 99,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

20 ملغ

عن طريق الفم

Ⓜ

لد-نور  
أفورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés p



مدة  صباح  زوال  مساء



COOPER



LOT : 201285

UT AV : 08/2023

PPV : 99,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

20 ملغ

عن طريق الفم

Ⓜ

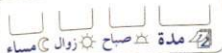
لد-نور  
أفورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés p



COOPER

LOT : 201285

UT AV : 08/2023

PPV : 99,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

20 ملغ

عن طريق الفم

Ⓜ

لد-نور  
أفورفاستاتين



قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés p



مدة  صباح  زوال  مساء



COOPER



Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني



6 118001 100859



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7862160246



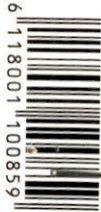
Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7862160246

surveillance particulière pendant le traitement  
ion initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Exp.  
Lot.  
Fab.







08172

**Cortancyl® 5mg**

Prednisone



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



08172

**Cortancyl® 5mg**

Prednisone



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



08172

**Cortancyl® 5mg**

Prednisone

