

## 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 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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

N° W21-727015

172908

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4809 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAOUZI SAND

Date de naissance : 13/12/52

Adresse : 39 RUE DU PARC DE NASSIF

Tél. : 066111961 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19-07-2023

Nom et prénom du malade : FAOUZI SAND

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

Nature de la maladie : H7A

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible][illegible]

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

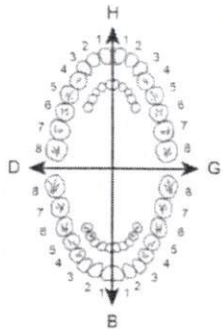
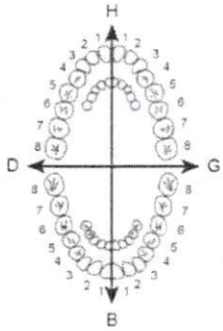
[illegible]

# 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	DNP : <input type="text"/>														
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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 <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du Devis <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier  
Membre de la Société Française  
de Cardiologie  
Ancien Chef de Service de Cardiologie  
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



Casablanca, le 19.08.2023

FAOUZ SAAD

11 12g + eau 16 12g

176,20 x3

21 Crestor 10

167,00 x3

4 Crestor 20

88,10 x2

1205,80

PHARMACIE LA COLOMBE  
33, Rue/Boite Nafiss Mazin  
Tél: 05 22 25 71 07 - RC 235745  
Casablanca

الدكتور عبد اللطيف لأكسسسي  
Dr. LAKHSSASSI  
33, Boulevard Ab...  
Tél: 05 22 94 06 06

الخصاصي  
قلب و الشرايين  
بمونبولي  
أمراض القلب  
قلب سابقا  
إجتماعي

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair benou al nouam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
28 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair benou al nouam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
28 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

3 mois

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair benou al nouam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
28 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
**Crestor 10mg cp pell b30**  
P.P.V: 167,00 DH  
6 118001 183111

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
**Crestor 10mg cp pell b30**  
P.P.V: 167,00 DH  
6 118001 183111

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
**Crestor 10mg cp pell b30**  
P.P.V: 167,00 DH  
6 118001 183111

LOT : 221189  
EXP : 08/2025  
P

**COOPER PHARMA**  
PPV: 88,10 DH

LOT : 221188  
EXP : 08/2025  
P

**COOPER PHARMA**  
PPV: 88,10 DH

II - شقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء

33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés.

GSM : 06 61 14 48 64 - المحمول - Fax : 05 22 94 06 06 - الفاكس - Tél.: 05 22 94 06 06 - الهاتف



ID: FAOU Z SAAO  
D-naiss: 19/08/2023  
ans.

الدكتور عبد اللطيف الخاصي  
Dr. LAKHSSASSI  
33, Boulevard Kaddour Ben Kaddour  
Tél : 05 22 11 06 06

Fréq.Card: 72 BPM  
Int PR: 160 ms  
Dur.QRS: 99 ms  
QT/QTc: 367/392 ms  
Axes P-R-T: 53 1 76

