

# 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 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

- 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

M22- 0051264

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL IDRISSI LATIFA  
Date de naissance :  
Adresse : mutuelle  
Tél. : 06 13 700 700 Total des frais engagés : 2364,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : ABBADI M. AZZEDDINE Cardiologue  
Date de consultation : 20 / 8 / 2023  
Nom et prénom du malade : HASRY HASNA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Douleur Cardiaque  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : Casablanca Le : 30 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
30/08/23	CSC		250.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/08/23

2116.10

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# 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'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

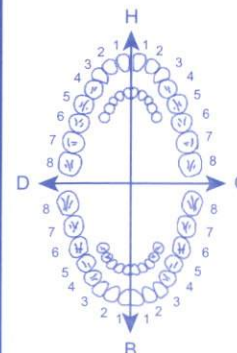
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

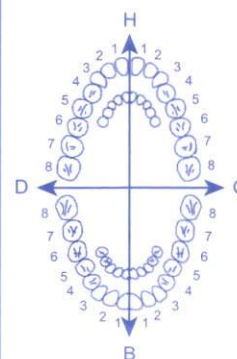
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION



وصفة  
ORDONNANCE

le 30/8/2023

M. Issy Hassan

R. p. sel

M. Karlegu 16P

35,72 x3  
M. Detu hel 10

3) 63,00 x4  
Recpul 10

4) 56,80 x4  
Alductu 80 - 1/2 gph

5) 34,60 x5  
Lapili's 7

PHARMACIE AL OUIDARD  
S. CHALAK - Haj Nasser  
Docteur en Pharmacie  
19 Av. Oues Sidi - El Oulfa  
Tél/Fax : 05 22 20 53 45  
Casablanca  
ICE : 001541438000057



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOUI

479.00 x 2  
4500 x 4  
2114,10

1) Pan...  
2) Gluc...  
3) ...

45,20

2/24

45,20

63,00

63,00

63,00

63,00

45,20

ALDACTONE 50<sup>mg</sup>

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029



ALDACTONE 50<sup>mg</sup>  
P.P.V: 56,80 DH

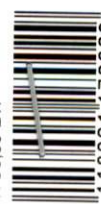
ALDACTONE 50<sup>mg</sup>

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50<sup>mg</sup>  
P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029



6 118001 041077

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A



6 118001 041077

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

PPV: 479 DH 00

PPV: 479 DH 00



LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V: 34DH60

LOT: 22E019  
PER: 11 2026

LOT: 22E019  
PER: 11 2026



LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V: 34DH60

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV: 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



6 118001 060468

KARDECIG 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV: 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

LASILIX 40MG  
20CP SEC

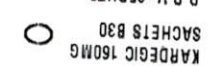
P.P.V: 34DH60



6 118001 060468

KARDECIG 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV: 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

LASILIX 40MG  
20CP SEC

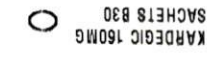
P.P.V: 34DH60



6 118001 060468

KARDECIG 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT: 23E004  
PER: 01 2025

LOT: 23E004  
PER: 01 2025

Le 20/8/2023

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: **ABBADI M. AZZEDDINE**  
**Cardiologue**

Certifie que Mlle, Mme, M :

L'asay Hassan

Présente

Cardiopathie ischémique - Stent + Atrial

Nécessitant un traitement d'une durée de:

03 mois

Dont ci-joint l'ordonnance: \_\_\_\_\_

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

**ABBADI M. AZZEDDINE**  
**Cardiologue**



N° IPP : 777903		N° SEJOUR : 230034125		<b>FACTURE N° 2302010909</b>		DATE D'ENTREE : 30/08/2023		DATE DE SORTIE : 30/08/2023	
ASSURE :						DESTINATAIRE : <b>LASRY,Hassan</b>			
MALADE : LASRY,Hassan				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :					
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :									
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>ACTES COTES EN C</b> CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CsC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 1082006 DR ABBADI MOHAMMED AZZEDINE				TOTAUX :		250.00					250.00						
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS						PLAFOND PC :				ACOMPTE:							
						REMISE :	0.00	REGLE :	250.00	AVOIR :							
						RESTE DU:	0.00										
DATE FACTURE : 30/08/2023						EDITEE LE : 30/08/2023 PAR: R9035											
VISA						ACCIDENT DE TRAVAIL :											
						N° DE POLICE :						DATE AT :					
						Réglement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU					
						BANQUE :						B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA					
						N° compte bancaire :						011 780 00 00 43 210 00 60050 54					