

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-834307

190357

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6459 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ARRAK Micha  
 Date de naissance : 01-01-1955  
 Adresse : Quartier Badiken Résidence Chaouf n°75  
 Apt 13 Etg 3 - Casablanca  
 Tél. : 0661 770244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 28/12/2023  
 Nom et prénom du malade : ARRAK Micha Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : trouble du rythme des sinus  
 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 : Le :  
 de l'adhérent(e) :

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
25/12/23	Consultation	1	300dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/12/23 616,90

# 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 :

Veillez 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

Montant des Honoraires

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 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

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



Docteur CHAMI Mohammed

CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de  
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص واستشارات  
أمراض القلب و الشرايين

دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

مجاز بكلية الطب ببروكسيل

Casablanca, le 15/12/23

N° Arrak Acche

1) Ivaran 5

157.40

x 2

1/2 4 / j

2) Civasone 10

70.00 x 3

1 1/2 / 30

3) Cardicapyrine

30.70

x 3

1 1/2 / j ou

Kandelye  
70 18 / j

676.90

ltt 3 mois

PHARMACIE LUXEMBOURG

LE MANDRE

24, Lot. 1 - Les Crêtes ①

Casablanca - Tél.: 05 22 85 55 56/57

Mohammed CHAMI  
CARDIOLOGUE (U.L.B.)  
N° 17 Place Charles Nicole  
Casa - Tél.: 05 22 48 44 01  
GSM: 06 61 45 08 06



**ivaral**  
lvabradine

Voie Orale



**5 mg**

28 Comprimés pelliculés

Zenith pharma

x2 Ged

PPV: 15740 Dhs

Lot N°: AUF 10223A

Exp.: 06/2026



LOT: 23E008  
PER: 04 2025

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V.: 30DH70



x3 Ged

**CIVASTINE**  
Simvastatine

**10 mg**

28 comprimés  
pelliculés

PPV: 70DH00  
PER: 09/25  
LOT: M3067



bolu

Voie orale

82, Allée des Cataumans - An Sebale - Coadjutor  
S. Balthazard - Pharmaceutique



ECG

NOM: arrak aicha

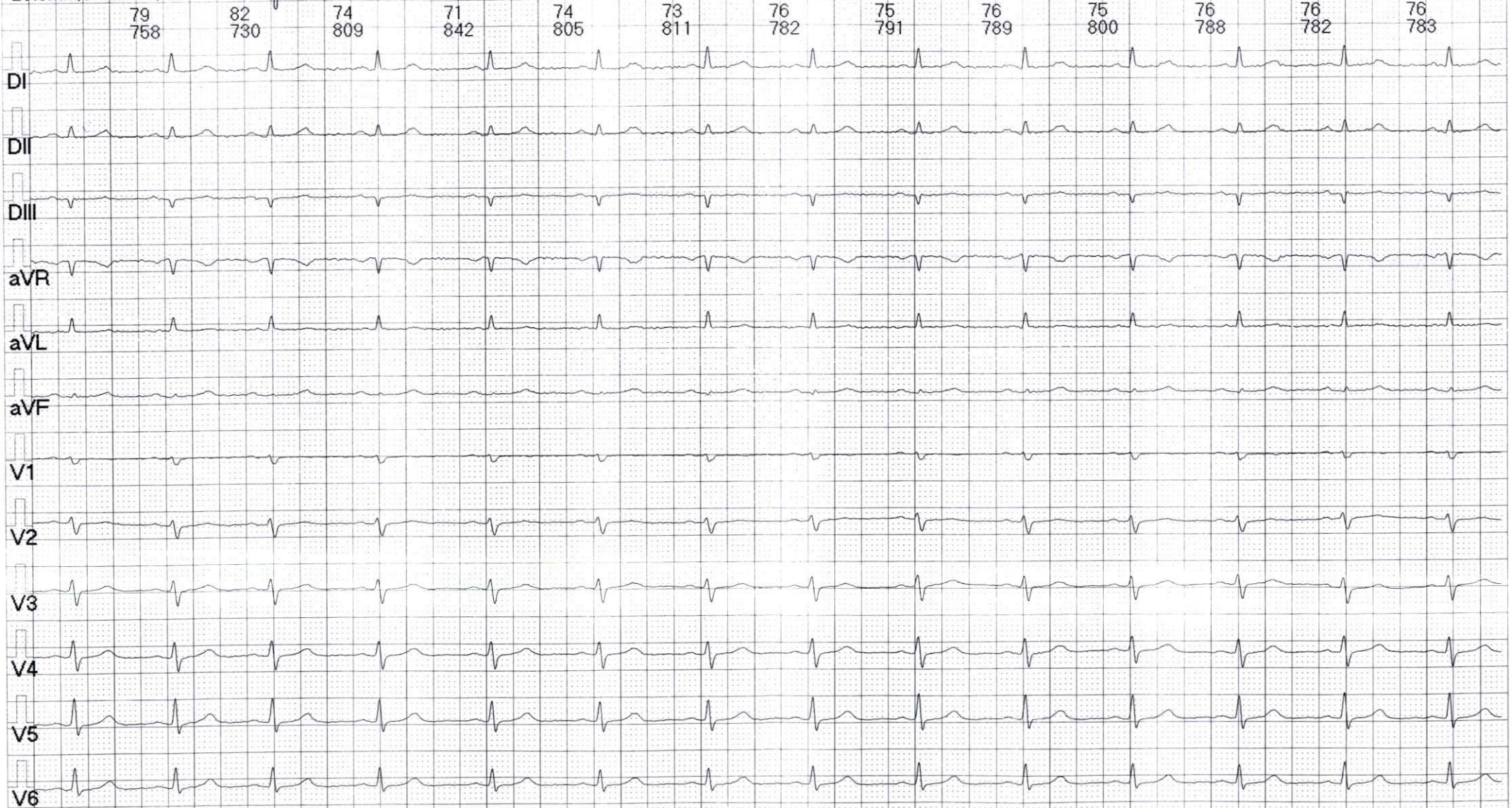
ID :

Sexe :

Age :

Date : 25-12-2023

25.0mm/s 5.0mm/mv



Filtre Principal: On Filtre ADS: On