

# 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



198307

Déclaration de Maladie

M23- N° 0035348

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1241 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ZINEB THAILI

Date de naissance : 24/02/1968

Adresse : HAY HASSANI NISSINI Rue 22 N°8/20

Tél. : 0667478487 Total des frais engagés : 1932,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3 / 2 / 24

Nom et prénom du malade : THAILI ZINEB Age : 75

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : Cirrhose + Diabète

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 : / /

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
3/2/24	cons + ord		6	
INPE = 0710 568 32				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MACHTA</b> <b>Dr.Mohamed NABIH</b> <b>Lt.Idrissia N°68.Sidi El Aidi Sett</b>	3/2/24	1932,20
05.23.40.57.91/NPE:06200		

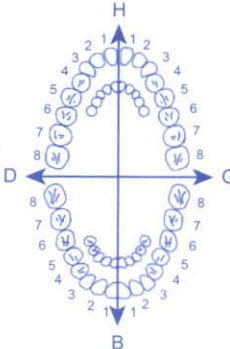
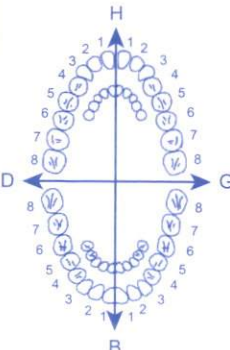
[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>Coefficient DES TRAVAUX</span> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>MONTANTS DES SOINS</span> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>DEBUT D'EXECUTION</span> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>FIN D'EXECUTION</span> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412 00000000</span> <span>21433552 00000000</span> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000 35533411</span> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>Coefficient DES TRAVAUX</span> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>MONTANTS DES SOINS</span> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>DATE DU DEVIS</span> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>DATE DE L'EXECUTION</span> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr></table><div>D — G</div><table><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>			25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553				Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	25533412		21433552																	
	00000000		00000000																	
	00000000		00000000																	
	35533411		11433553																	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>													
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>					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



وزارة الصحة  
+٠٤٠٨٠٤٠١ +٨٨٥٠٤  
Ministère de la Santé

Dr. Mohamed NABIH  
Lot. Idrissia N°68, Sidi El Aidi Settat  
Tél: 05.23.40.57.91 / INPE: 062077359

Dr BOUMIA Mariama

Medecine Générale  
Medecin Chef du Dispensaire  
Sidi El Aidi Province Settat

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.I.  
Ain Sebââ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ BS  
P.P.V. : 744DH00  
6 118001 081615

## ORDONNANCE

le: 3/2/24

THAÏI ZINEB

- 4x98,40 (1) Apidra ← 10 UI Natri  
10 UI Nidi  
10 UI di
- 744,00 (2) Lantus 25UI le x 3 mois
- 3x56,80 (3) Alactone 50mg 1cp j x 3 mois
- 3x34,60 (4) lavilix 40mg 1cp x 2j x 3 mois
- 3x43,90 (5) Cardix 6,25mg 1cp Natri 1/2 cp le x 3 mois
- 137,60 (6) Cifloxi 500mg 1cp x 2 x 8j
- 56,30 (7) Dune 1amp 1 mois
- 2x74,40 (8) Duphalac 15x2j x 1 mois
- 64,00 (9) Canestane 1cp x 2j
- 1932,20

Dr. BOUMIA Mariama  
Medecin

Medecin Chef du Dispensaire  
SIDI EL AIDI



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaa Casablanca  
Apidra 100U/ml inj b1 sty  
P.P.V : 98,40 DH



6 118001 081622

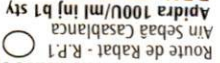
LOT: HD9218  
PER: 05 2028  
PPV: 64 00

X2 ced

Be very careful  
Do not drive without asking  
a health professional's opinion  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé  
Soyez très prudent



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaa Casablanca  
Apidra 100U/ml inj b1 sty  
P.P.V : 98,40 DH



6 118001 081622

X3 ced



P.P.V: 56,80 DH

ALRACTONE 50<sup>mg</sup>

PHARMACEUTICAL INSTITUT

LOT: 222  
PER: JUN 2026  
PPV: 41 DH 90

28 Compr

DUPHALAC 10G/15ML  
SACHET B20  
P.P.V: 71DH40  
6 118000 010487

369318A  
10 2025

DUPHALAC 10G/15ML  
SACHET B20  
P.P.V: 71DH40  
6 118000 010487

LOT: 369318A  
PER: 10 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V: 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 23E006  
PER: 03 2027

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V: 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 23E010  
PER: 07 2027

PPV: 56,30 DH  
LOT: 23H21D  
EXP: 08/2025

ules buvables

E<sup>®</sup> AMPOULE



SMB

**CIFLOXINE<sup>®</sup> 500**

Ciprofloxacin chlorhydrate

**VOIE ORALE**

20 Comprimés enrobés

Maintenir hors de la portée et de la vue des enfants

13/1/60