

# 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.

## Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



56290

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020895

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0956 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAHLOU FILALI Abderrahmane Date de naissance : 01.01.1946  
Adresse : 11 Bld Ben Abdellah Résid : SEDRAI AL4 Etage 2 HARRIF/CASABLANCA  
Tél. : 0663727237 Total des frais engagés : 2416,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Malika NOUREDDINE  
Cardiologue  
71, Rue Abou Alaa Zuhri  
Quartier des hôpitaux - Casablanca  
Tel : 05 22 20 57 52 / 06 64 66 46 44

Date de consultation : 12/07/2021  
Nom et prénom du malade : FILALI LAHLOU Abderrahmane Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA - Syndrome a priori d'origine génétique  
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 : 12/07/2021  
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
12/01/2021	CS K76	300	11	
	⊕ ECC			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/01/21	2 116,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

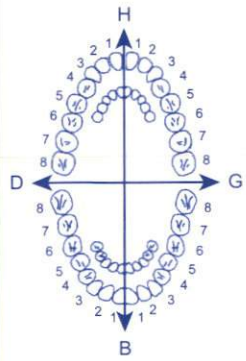
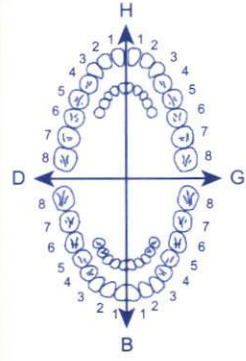
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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																
	<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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**Dr. Malika NOUREDDINE**

**Professeur de Cardiologie**

**Spécialiste des maladies du Cœur et des Vaisseaux**



**الدكتورة مليكة نور الدين**

**أستاذة في أمراض القلب  
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem 1p300mg  
gélules b28

P.P.V : 218,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem 1p300mg  
gélules b28

P.P.V : 218,00 DH

nca Le 12/07/2023

6118001 081233

6118001 081233

MR LAROU Fikri Abderrahmane

① Monothedien L

218,00 x 4

② Tareg 160 mg

180,30 x 4

③ Cardioaspirine

27,70 x 4

④ Tahor 10 mg

79,00 x 4

PPV: 49,60 DH  
LOT: 2023-03  
EXP: 10/2023

D Cure for  
Tampoule albine / 300mg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem 1p300mg  
gélules b28

P.P.V : 218,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem 1p300mg  
gélules b28

P.P.V : 218,00 DH

6118001030309  
TAREG 160 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 180.30 DH

6118001030309  
TAREG 160 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 180.30 DH

6118001030309  
TAREG 160 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 180.30 DH

6118001030309  
TAREG 160 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 180.30 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6118001090280  
Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6118001090280  
Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00

6118000250340

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00

6118000250340

كلية طب الأسنان فوق ماما بيزا) حي المستشفيات - الدار البيضاء

71, Rue Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Kot

Faculté de médecine dentaire au dessus mama pizza) Quartier des hôpitaux - Casablanca

Tél. : 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail : drnoureddinemalika@yahoo.fr





<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. <u>R</u>	
Présente <u>HTA. Syndrome apné du sommeil.</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>a vie.</u>	
<u>avec contrôle 3 mois</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Nom pat. :

LaAseu Faele

FC: 68/min

Absc. ref. monp

No pat. :

Intervalles:

No réf. :

RR 876 ms

Né:

P 124 ms

Age:

PQ 206 ms

Ethnie:

QRS 84 ms

QT 378 ms

QTC 406 ms

Taille: cm

Poids: kg

TA: mmHg

Méd:

DR NOUREDDINE

AT-101 1.25 Mm

Axes:

P 16 °

QRS 17 °

T 26 °

P (II) 0.08 mV

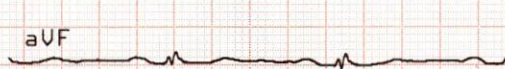
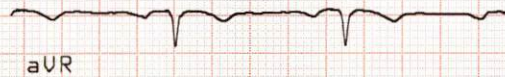
S (V1) -1.05 mV

R (V5) 0.98 mV

Sokol. 2.03 mV

Ma 12-JAN-21 14:15:36





25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF SBS

DR NOUREDDINE  
AT-101

1.25 Mm

Ma 12-JAN-21 14:15:25