

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- 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

N° P19- 057792  
70344  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : A.F.K.I.R. Lahcen  
Date de naissance : 01-01-1949  
Adresse :  
Tél. 066638 8028 Total des frais engagés : 887.80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 05/10/2021  
Nom et prénom du malade : RAMOHAMED H.L.I.M.A Age:  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Palpitation  
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 :  
MUPRAS



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05-04-21	587,80

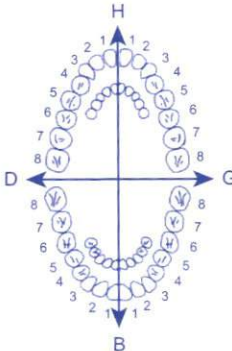
[illegible][illegible]

**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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H

25533412

00000000

00000000

35533411

D

21433552

00000000

00000000

11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

		H	
	25533412		21433552
D	00000000		00000000
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

Dr. ADNAN Khalid  
Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage  
Salama III Sidi Othmane  
20670

Tel.: 05 22 55 41 08  
Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp  
Fax: 05 22 55 41 12  
Email: kha\_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 05/04/2021

Mme Hlima BAMOHAMED

470x2  
12600x2  
870x2  
1340x4  
1420  
58780  
1) **CARDINOR Comprime à 6,25 mg Bte 30 Comprime**

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

2) **CILENTRA BOITE 28 CP**

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

3) **RELAXIUM 300 MG**

Prendre 1 gélule le soir, après le repas, pendant 3 mois

4) **LEVOTHYROX Comprime à 50 pg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 et 1/2 comprimé le matin, avant le repas

5) **CEFALINE BT/10 STS**

Prendre 1 sachet par jour si céphalées

6 boites

1 boite

Dr. ADNAN Khalid

PHARMACIE DE LA PREFECTURE  
Avenue du Nil, (Sidi Othmane)  
Bloc 33, N° 23 - Casablanca  
Tél: 00 522 37 14 02

Dr. Khalid ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 Av Mohamed Bouziane - Salama III  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél: 05 22 55 41 08

LOT : 210046  
UT AV: 01/2024  
PPV : 47,00DH

PPV: 126 DH 00

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات المحددة  
TABLEAU A (Liste I)

LOT: 200351  
DLUO: 10/2023  
87,00DH

LOT : 447  
PER : 12/25  
PPV : 14,20 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

LOT : 210046  
UT AV: 01/2024  
PPV : 47,00DH

00 HD 9Z1 :Add

LOT: 210080  
DLUO: 02/2024  
87,00DH