

# 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060007  
83286  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8605 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : GUARDI DRISSI Azeddine  
Date de naissance : 13/08/1957  
Adresse : Résidence HABAB A2 Bloc 16 Imm C  
N° 5 Ain Sebana Casablanca  
Tél. : 0611171512 Total des frais engagés : 1559,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/08/2024  
Nom et prénom du malade : GUARDI DRISSI Azeddine Age : 64  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Hypertension  
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  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]  
Le : 11/08/2024



# 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 Règlement des Actes
11.8.2021		9	130,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHABAB CASABLANCA Cité Chabab, Immeuble N° 37 / 3 Boulevard Bernoussi Casablanca Tél : 05 22 75 59 14	11/08/21	1429,40

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le Praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué, indiquant la nature des soins.  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 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

Docteur NAWRI Mohamed

Medecine Générale  
Echographie

Laureat de la Faculté  
de Medecin de Casa



الدكتور ناهري محمد  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, le 11.8.2021

Nom : ...

OUARDA

IDISSI

Azeddine

PHARMACIE CHABAB CASABLANCA

sari ou  
Cité Chabab, Imm. 4A Mag N° 3  
5in Sebba Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 75 59 14

38.70 x 4

Pharocetyl 20 mg

2 cp matin

98.30 x 9

2 cp le soir

Atylol 30 mg

1 cp matin

38.70 x 7

4 cp di et soir

Alpra 30 mg

1 cp matin  
u ch et soir

+  
140.00

Atos 20 mg

1 cp matin

1429.40

Dr. NAWRI Mohamed  
Medecine Générale  
144 Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 75 31 24  
Gsm : 06 60 56 47 82

شارع أبي در الغفاري، رقم 144 أمل III - البرنوصي - البيضاء - الهاتف : 05.22.75.31.24  
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24





6 118001 040384  
**LAROXYL 25 mg**  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

6 118001 040384

**LAROXYL 25 mg**  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70



6 118001 040384  
**LAROXYL 25 mg**  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70



6 118001 040384  
**LAROXYL 25 mg**  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

LOT 211952 1

EXP 07 2024

PPV 35,70 35.70

EXP 07 2024

PPV 35.70

LOT 211952 1

EXP 07 2024

PPV 35.70

LOT 211952 1

EXP 07 2024

PPV 35.70

EXP 07 2024

PPV 35.70

EXP 07 2024

PPV 35.70

LOT 211953 1

EXP 07 2024

PPV 35,70 35.70

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

LOT: 201798  
PER: 05-2023  
PPV: 140,00DH