

# 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° M21- 046447

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042 Société : 98129

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM BRAHM

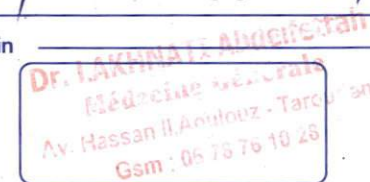
Date de naissance : 21/07/1949

Adresse : Habituelle

Tél : 0689629854 Total des frais engagés : 730,00 + 2703,8 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 DEC 2021

Nom et prénom du malade : AIT MERIM BRAHM Age :

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

Nature de la maladie : Colicéptile + 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) : [Signature]

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
12 DEC 2021		9	1307	Dr. IAKHMA... Médecine Générale Av. Hassan II Aoulouz - Taroudant Tél : 05 25 33 91 29

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOPITAL Dr. IAKHMA... N° 02, Bd. Hassan II Aoulouz Province TAROUJANT Tél : 05 25 33 91 29	12/12/2021	2703,80

042031864

## 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 en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS																					
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



أولوز ، في : 12 DEC. 2021  
Aoulouz , Le :

AIT MERIM BRAHIM

2380x3 ① Ascend 160 1y SV  
8100x3 ② fibrosc 240 1y SV  
16090x3 ③ IRVATI 300 1y SV  
5780x4 ④ IDWOK 10 1y SV  
78,70 ⑤ Diuic 60 1y SV  
107,60 ⑥ AHS 700 1x2 SV  
33800x3 ⑦ kerkis 400 2y SV

3y

Dr. LAKHNATI Abdelfattah  
Médecin Généraliste  
Avenue Hassan II Aoulouz - Taroudant  
Gsm : 06 76 76 10 28

79310 x2

④ Casp 0.4

N=8

3m

8900

④ Lixifor

SP

1 g hant

2703,80

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
Dr. LOTFI Abdelfattah  
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ  
Province TAROUANT  
Tél : 05 28 53 93 20

Dr. LAHMAT Abdelfattah  
Médecine Générale  
Av. Hassan II - Aoulouz - Tarouant  
Gsm : 06 75 76 10 28



PPV 23DH80  
EXP 06/2023  
LOT 16065 1

ASKARDIL® 160 mg  
30 comprimés dispersibles



PPV: 193DH10

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 60 gélules à libération prolongée  
Voie orale



PPV 23DH80  
EXP 06/2023  
LOT 12010

ASKARDIL  
30 comprimés dispersibles



PPV: 193DH10

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 60 gélules à libération prolongée  
Voie orale



PPV 23DH80  
EXP 06/2023  
LOT 16065

ASKARDIL  
30 comprimés dispersibles



IRPHI 300 mg

30 Comprimés



IRPHI 300 mg

30 Comprimés



LOT : 040  
PER : MAR 2024  
PPV : 160 DH 90

LOT : 048  
PER : SEP 2024  
PPV : 160 DH 90

LOT : 048  
PER : SEP 2024  
PPV : 160 DH 90

ne  
vi X1008 1224

LOT PER

Prix 89.50

LOT : 210734

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

:N LOT

LOT : 211106

EXP : 06/2024

PPV : 57,80DH

:N LOT

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



LOT : 211106

EXP : 06/2024

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

:N LOT

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg  
60 comprimés



211102

04 2024

107.60



GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 338,00DH

ID: 646969

6 118001 141111

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 338,00DH

ID: 646969

6 118001 141111

ID: 646969

6 118001 141111

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 338,00DH

ID: 646969

6 118001 141111

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

FIBROCARD 240 mg

30 gélules

Remboursable AMO

6 118

LOT 21029 1

EXP 04 2025

PPV 81.00 DH

Voie Orale

Minigranules

CHLORHYDRATE DE VERAP

Minigranules

Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAP

Minigranules

Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAP

Minigranules

Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAP

Minigranules

Voie Orale

CARD 240 mg

30 gélules

Remboursable AMO

6 118

LOT 21029 1

EXP 04 2025

PPV 81.00 DH

Voie Orale

Minigranules

CHLORHYDRATE DE VERAP

Minigranules

Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAP

Minigranules

Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAP

Minigranules

Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAP

Minigranules

Voie Orale