

# 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.

## Pathologie 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

Réclamation : 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° P19- 0043463

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3520 Société : R.A.M. 103226

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMSADDAR Dmima Veuve FARMi

Date de naissance : 1953

Adresse : 12, Rue BNOUBAJA Chautilly (ASA - ANFA)

Tél. : 0689224370 Total des frais engagés : 688,40 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/02/2022

Nom et prénom du malade : LOUIS SARAH Age :

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

Nature de la maladie : Douleur

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 : 05/02/2022

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
05/02/02	222		302	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/02/02

388,6

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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

# 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



**Professeur Ahmed BENNIS**

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 05/02/2022

Mme Amina LAMSADDAR

1) LEVOTHYROX Comprime à 50 pg Bte 28 Comprime  
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

2) INEXIUM 20MG BT/14 CP  
Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 1 mois

3) FERPLEX FOL  
2 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

4) RELAXOL BT/20 CP  
Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 15 jours

5) CRYOGEL POMMADE  
1 application matin et soir pendant 1 mois

13.40 x3)

S.V.

40.20

82.10

94.00

53.10

119.00

382.40

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI IASS - MAARIF  
CASABLANCA  
28 36

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

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP21NRQ P.P.V: 92,10 DH  
6 118001 020591

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

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR  
N. DABOUN  
139, rue Abou Ishak Al Maatouni (Maarif)  
CASABLANCA - Tél : 0522 23 05 771

98 Angle Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt Andaloussi ( Prés de la commune urbaine du Maarif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com

# FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folate

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047





**GEL CRYO-ACTIF  
APAISANT**

**CrioGel**



**CONFORT MUSCULAIRE  
ET SOUPLESSE ARTICULAIRE**

EXTRAIT DE MENTHOL  
ET DE ROMARIN



**60 ml e**

LOT: 97121  
EXP: 30/09/2024  
PPC: 119 DH



8 110201 091041



LASADDAR AMINA

FC 52/min

Axes

P 52°

QRS 43°

T 47°

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ECG NORMAL

RI6.02

Rapport non confirmé

Né(e) le 01.07.1953

Age 68 ans

Sexe Féminin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA

Remarque

Intervalles

RR 1145 ms

P 128 ms

PR 180 ms

QRS 88 ms

QT 418 ms

QTc 391 ms

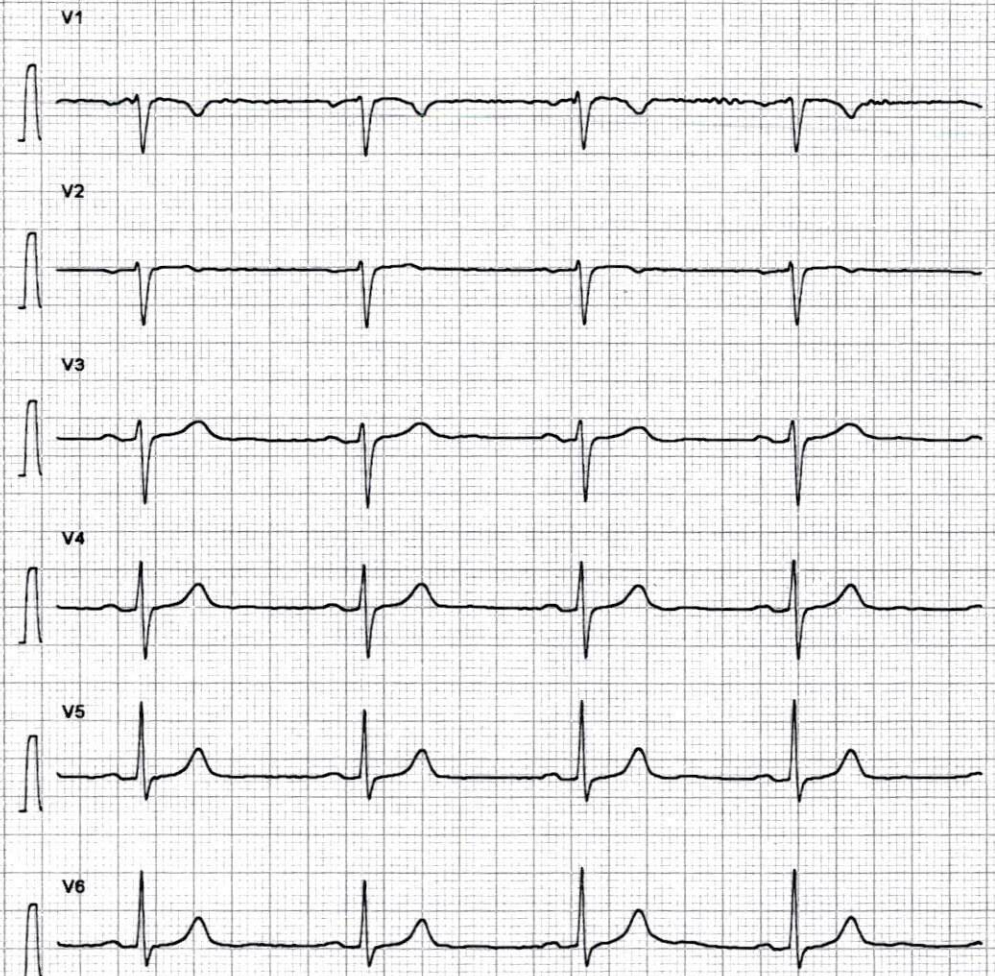
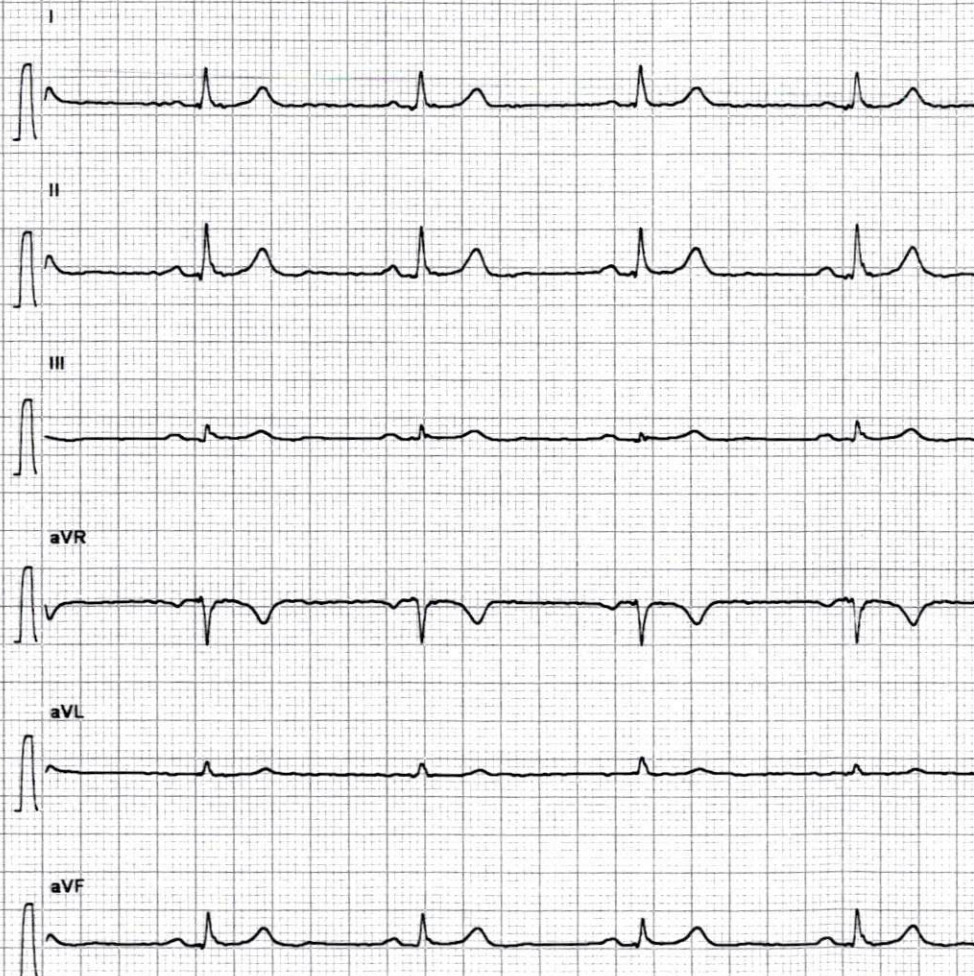
(Bazett)

P (II) 0.12 mV

S (V1) -0.82 mV

R (V5) 1.27 mV

Sokol. 2.08 mV



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s