

## 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 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° W21-711536

M8598

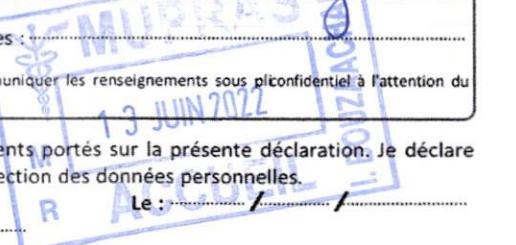
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	508	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FITIMA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. 0661 5557 42 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	03/06/2022
Nom et prénom du malade :	Doufriy J. T.
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA + Neurolepsie Allergie colique
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) :



RELEVE 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
03/06/2022	S	-	15000	INP : 03/06/2022 Signature : Sihem Médecin : Dr Amine N. 55 Date : 03/06/2022 26/27 Santé Générale Casablanca
03/06/2022	col	-	65	Signature : Dr Amine N. 55 Date : 03/06/2022 26/27 Santé Générale Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LAHRI</i>	<i>3/6/22</i>	<i>1127.10</i>
	<i>7/6/22</i>	<i>207.30</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
			<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
			<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G	00000000	00000000													
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>												
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>															

Le :

8/6/2022

ORDONNANCE

~~24/05 1 levophyrea 300 mg 1cp/j  
x3 + Levophyrea 300 mg 1cp/j~~

~~13/05 2 Fydonc 200mg 1cp/j  
x3~~

~~31/05 2 Fydonc 200mg 1cp/j  
x3~~

~~20/05 200mg 1cp/j~~

Docteur Sifoune 20/05/2022

Médecin Général  
Diplôme d'Échographie Générine  
Femina 1 Bd Amgala N° 65 Casablanca

Pharmacie AL OSRA  
LAHRICHI Abdellatif  
52-54, Bd Amgala Ain Chock Al Inar  
Tél: 05 22 21 71 92 - Casablanca



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160342

31.30

LOT	213258
EXP	12 2025
PPV	31.30



LOT	213258
EXP	12 2025
PPV	31.30



LOT	213258
EXP	12 2025
PPV	31.30



Médecine Générale

[Femme , Homme et enfants]

Diplôme d'echographie générale de la  
Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



Le code INPE : 091177907

الطب العام

(نساء، رجال وأطفال)

دبلوم الشخص بالصدى

كلية الطب بالدار البيضاء

متابعة الحمل

تخطيط القلب

الدار البيضاء في

Dr Siham Ifanana  
Pharmacie Aïn Chock Alinar  
LAHRIR 54, Bd Amal 22 21 26 Casablanca  
Casablanca, le : 03/06/2025

Dori f Ijjon

220,00 x 3	1   ex frige	1/60	140	/J 32 -
41,80 x 2	2   A l'acordage	1/2 - 0 -	142	3ne
51,30	3   Tene' holo		140	b
80,10 x 3	4   Agolle	1/2 - 0 -	140	b
29,60	5   Kol nofes	1/2 - 0 -	140	a 3
1127,10				

الرجو احترام وصفة طبيبك

ياسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amal N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock ) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 - الهاتف : 001804547000040

LOT 220265 2

EXP 01 2026

PPV 80 10

80,10

611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

LOT 21E014 AVLOCARDYL 40MG

CP SEC B50

PER. 09 2024 P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

LOT 21E014 AVLOCARDYL 40MG

CP SEC B50

PER. 09 2024 P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

LOT : M22001  
EXP : DEC 2024  
PPV : 51,30 DH

LOT 220265 2

EXP 01 2026

PPV 80 10

80,10

LOT 220265 2

EXP 01 2026

PPV 80 10

80,10

LOT:220019  
PER:02\2027  
PPC:79,90DH

KALMAGAS®