

# 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° P19- 0038902

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 428 Société : 123378  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BABA Mohamed  
Date de naissance : 15/11/1964  
Adresse : Hayoulfa Ben 12 N° 6 Casa  
Tél. : 06 71 85 85 66 Total des frais engagés : 1170,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Anass Inchaoui Cardiologue  
Tél.: 06 70 55 95 97  
Date de consultation : 23/06/2022  
Nom et prénom du malade : BABA Mohamed Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Anévrisme de l'aorte abdominale  
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) :



[illegible]

23/06/2022 US + ELN Dr. Anass Inchausti  
Cardiologue  
Tél.: 06 70 55 95 97

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Al Ouaï AK Haj Nassef Pharmacien 522 90 53 45 ANCA 6800067</p>	23/06/22	924,20

924, 20

[illegible]Montant  
des Honoraires[illegible]

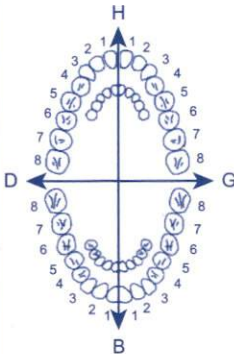
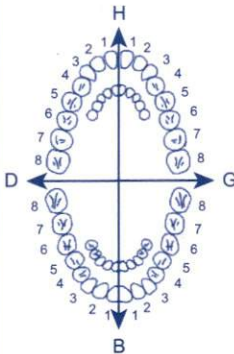
### Montant détaillé des Honoraires

# 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 de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

A frontal view of a human skull with numbered landmarks for cephalometric analysis. The landmarks are as follows:

- 1:** Sella (top center)
- 2:** Gonion (bottom corners)
- 3:** Gonion (top corners)
- 4:** Gonion (bottom corners)
- 5:** Gonion (top corners)
- 6:** Gonion (bottom corners)
- 7:** Gonion (top corners)
- 8:** Gonion (bottom corners)

Other labels include 'H' at the top, 'B' at the bottom, and 'D' on the left side.

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Mr BABA Ihsane 23/6/20  
(m de 3ms)

35,70 x3

1 Valparin 750 mg

149,70 x3

2 Dipeptidyl 750 mg

174,00 x2

3- Lisinopril 750 mg

Total = 924,20

PHARMACIE AL OUEI  
S. CHALAK Haj Nasser  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Sebou - El OUEI  
Tél / Fax : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
ICE : 001541468000057

Moroccan Heart Institute  
Dr D RAGAGUA

Dr. Anass Inchaouh  
Cardiologue  
Tél.: 06 70 55 95 97





LOT : ZZE002  
PER : 07 2023

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : ZZE003  
PER : 07 2023

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : ZZE002  
PER : 07 2023

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

AMM n° 50217 DM/P21 NNP  
80010888100001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

PPV 149DH70  
PER 03/25  
LOT L1275

PPV 149DH70  
PER 03/25  
LOT L1275

PPV 149DH70  
PER 03/25  
LOT L1275

AMM n° 50217 DM/P21 NNP  
80010888100001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca