

# 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.



## Déclaration de Maladie


M22- 0025618

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **1 28637**  
Nom & Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : .....  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0025618**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez 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													
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>													
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		P 14/0015426	
Date de Dépôt	Montant engagé -	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
		Cachet MUPRAS	



P 14/0015426

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom .....			
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient Benhayoun Touria	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .....		Date 30.08.2022	
Nature de la maladie		Date 1ère-visite .....	
Hypertension Artérielle			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
ECG	KG,5	300,00	
<b>PHARMACIE</b>		Date 30/8/22	
Montant de la facture			
943,50			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI  
Rue Maubert - Marrakech  
Tel : 05 43 43 02 46 / 05 43 43 11 89

PHARMACIE MOHAMMADIA  
21 Av. Mohammed VI - Marrakech  
Tél : 05 43 43 02 46 / 05 43 43 11 89

الدكتور عبد الجليل البارودي  
اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرابيين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp: 06 66 41 66 16

INPE : 071048284

Mme Touria BENHAYOUN

Conseils et recommandations : régime peu salé.

ZANIDIP 10

un comp le matin avant le petit déjeuner

COVERSYL 5

un comp le matin avant le petit déjeuner

STATICOL 20

un comp le soir

KARDEGIC 75

un sachet à midi

DIAMICRON 30

un comp le matin avec le petit déjeuner.

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans trois mois.

OSMOSINE

Deux cuillères mesures le soir au coucher.

DULASTAN 500/2

Deux compo matin et soir pendant deux jours.

DULASTAN 500 mg / 2 mg  
Boîte de 20 comprimés

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

Rue Mauritania - Marrakech

Tel : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83

ICE : 001590568000056

رنة موريطنيا - جليز مراكش - 40 000 - Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech

E.C.G, HOLTER-E.C.G  
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE  
HOLTER TENSIONNEL

Marrakech le 30.08.2022

89,00

صيدلية المصحة  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
Mme DEBBAH A.  
N° 10 au Palastine - Marrakech

LOT : 21E004  
PER : 10 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 21E007  
PER : 02 2023  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 21E010  
PER : 05 2023  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

37,00  
943,50



92,00

92,00

92,00

LCT	22104
EXP	04 2025
PPV	97.20

# ZANiDiP<sup>®</sup> 10mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 211293 1

EXP 05 2024

P.P.V : 97.20 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

**28** comprimés  
pelliculés sécables

**Voie orale**

ZANIDIP<sup>®</sup> 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

ANM N° 44110406211000000000000000000000



6 118000 020844



# ZANiDiP<sup>®</sup> 10mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 201932

EXP 09 2023

PPV 128.00 DH



**28** comprimés  
pelliculés sécables

**Voie orale**

AMM N° 27 DMP/21/NRQ

ZANIDIP<sup>®</sup> 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables



Remboursable AMO



6 118000 020844

# ZANiDiP<sup>®</sup> 10mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 201932

EXP 09 2023

PPV 128.00 DH



**28** comprimés  
pelliculés sécables

**Voie orale**

AMM N° 27 DMP/21/NRQ

ZANIDIP<sup>®</sup> 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables



Remboursable AMO



6 118000 020844



Nom Benhayoune Touria  
N° patient A.77.90

Date de naiss... 01.01.1941  
Sexe Féminin  
Taille 148 cm  
Poids 64 kg  
Ethnique Non défini  
Pacemaker Inconnu

N° visite  
Chambre  
Traitement  
N° requête  
Émetteur de l...  
Prot. requ.

30.08.2022 13:39:22  
ECG de repos

FC 69 bpm

RR 873 ms  
P 110 ms  
PR 126 ms  
QRS 90 ms  
QT 422 ms  
QTcB 452 ms

Rythme sinusal  
Axe électrique normal  
ECG normal

Rapport non confirmé

Méd. réf.  
Méd. traitant

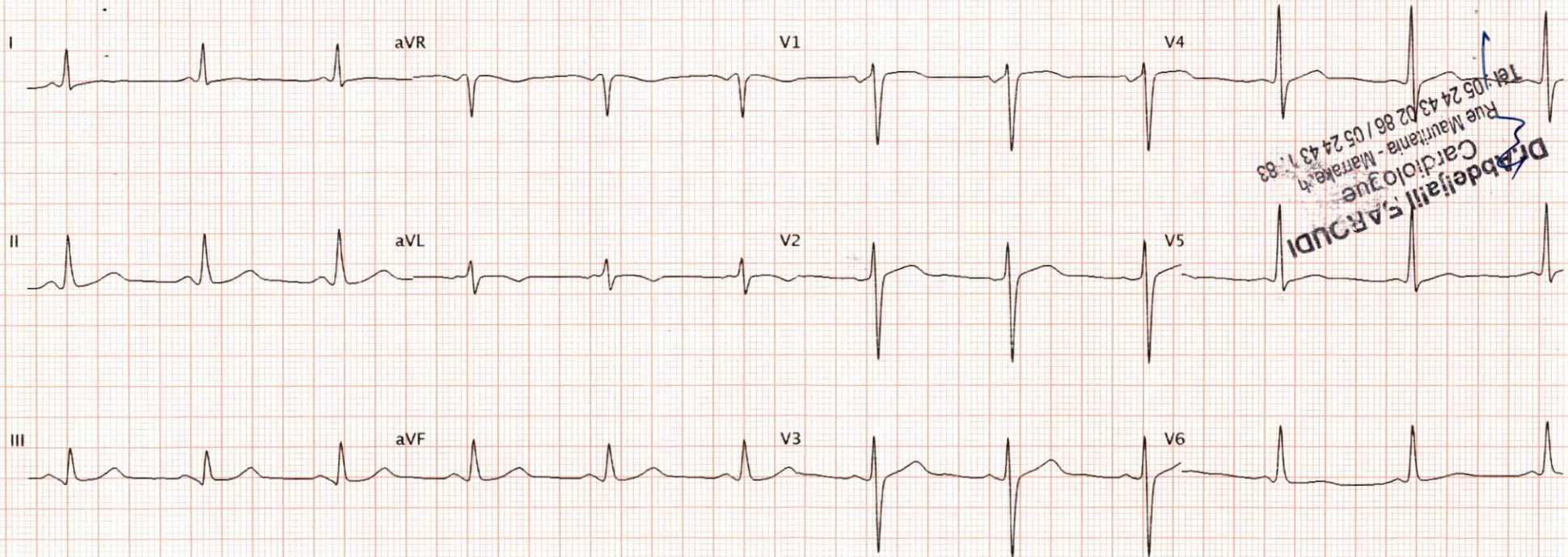
Indication  
Remarque

3a = 119/54  
BD = 123/68.

Normal

Tracé sans anomalies significatives -

Dr Abdelhadi FAROUKI  
Cardiologue  
Rue Moutaria - Marnakeh  
Tél: 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz



25 mm/s, 10 mm/mV

FPB 25 Hz, AC 50Hz