

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 071722

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société : ND  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 134606  
 Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed  
 Date de naissance : 1939  
 Adresse :  
 Tél. 05 22 89 67 70 Total des frais engagés : 1199,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 03/10/2022  
 Nom et prénom du malade : CHAKIR Milenda Age: 72  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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) : Le : / /

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE WILAYA MOULOUYA</b> <b>ZEKRI Abdelati</b> Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oudja Casablanca - Tél. 0522.90.51.13 ICE: 00229122000007	3/10/2022	949,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

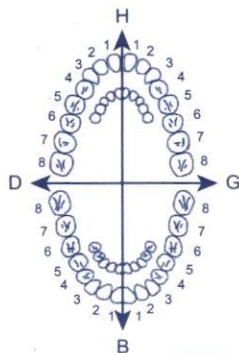
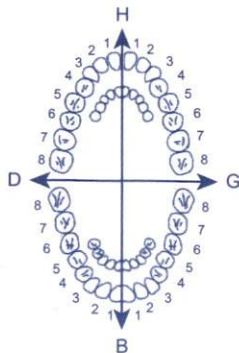
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'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"> <tr> <td colspan="2">H</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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



**الدكتور مهدي بنجلون**

إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : .....03/10/2022

Nom et Prénom : .....

**CHAKIR Milouda**

ARMACHE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13  
ICE: 002291220000071

**IRBESAR OU NOVORTAN 300**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

43,00 x 3

**ANGLOR 5**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

28,00 x 3

**DETENTIEL 10**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

27,20 x 3

**CARDIOASPIRINE 100**

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

**LASILIX 40**

1/2 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

VITAMINÉES FORTE

1 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

1 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

1 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

1 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

1 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

1 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

1 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

1 comprimé le matin, pendant 7 jours

29,80 x 3

رأس 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

PPV  
LOT  
PER 28,80



PPV 4,80 DH00  
PER 07/24  
LOT L1619

PPV 4,80 DH00  
PER 07/24  
LOT L1619

PPV 4,80 DH00  
PER 07/24  
LOT L1619

PPV  
LOT  
PER 28,80



PPV  
LOT  
PER 28,80



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280



LOT : 9057  
PER : 05/24  
PPV : 145,00 DH

LOT : 9057  
PER : 05/24  
PPV : 145,00 DH

LOT : 9057  
PER : 05/24  
PPV : 145,00 DH

ID:

D-naiss:

ans,

3-Oct-2022 13:43:33 Fréq. Card.: 66 BPM  
Axes P-R-T: 60 26 53 Int PR: 211ms  
Dur.QRS: 90ms QT/QTc: 377/391ms

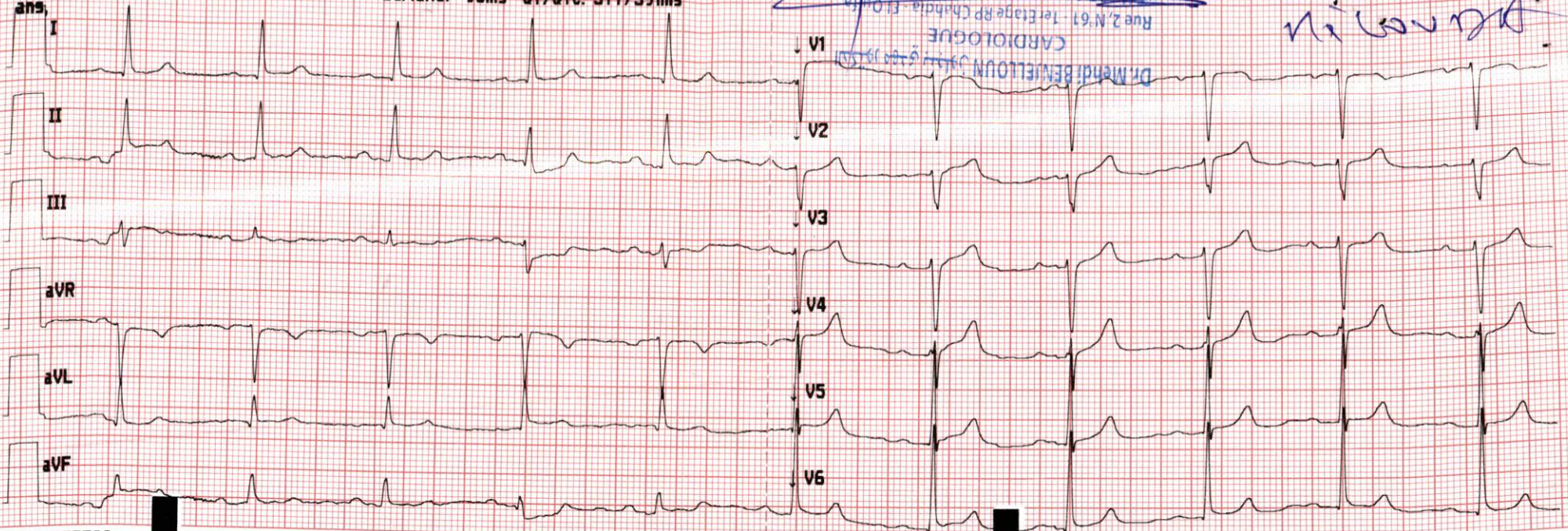
3-Oct-2022 13:43:33

INPE: 3000  
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 35 11  
Rue 2, N° 61 - Ter. Etage RP Chadia - El Oufia

CARDIOLOGUE

Dr. Mehdi BENJELLOUN

CHAKIR  
N. Lounis



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site \* 0 App \* 0

Version 2.0.3.5 Séquence 825536 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz