

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0019589

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : R-A-M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Noureddine NACHITE
 Date de naissance : 05-08-1963
 Adresse : Bloc 60 n°63 Sidi Othmane CASA
 Tél. : 0664 245206 Total des frais engagés : 1324,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhach ZAHAR
 Bd. Zouhar 1 N°97
 Mabrouka Casablanca
 Tél. : 05 22 26 40 44

Date de consultation : 12/01/2023
 Nom et prénom du malade : NACHITE NOUREDDINE Age : 1963
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD, HTA
 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 : CASA Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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 montant des Actes
12/01/2023	com		2020	Dr. Abdelilah ALMAR C.A.P. 0522 35444 Bd. 11. Mairouk - Casablanca Tel: 05 22 35444

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



12/01/2023

1124,80

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

PPV :
Exp :
N° Lot :

PPV :
Exp :
N° Lot :

Exp :
N° Lot :

Exp :
N° Lot :

PPV :
Exp :
N° Lot :

Exp :
N° Lot :

Exp :
N° Lot :

Exp :
N° Lot :

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 082217

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 082217

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

PPV: 55,00 DH
LOT: 647874
PER: 09/23

PRIMALAN 10MG
CP SEC B14
6 118000 011323

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles
6 118000 160038

Bipreterax®
Arginine 5 mg/1,25 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 100324

Bipreterax®
Arginine 5 mg/1,25 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 100324

Bipreterax®
Arginine 5 mg/1,25 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 100324

LOT : 220581
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 082217

LOT : 220581
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 082217

LOT : 220581
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

ATEN® 100 mg
28 comprimés
6 118000 120063

ATEN® 100 mg
28 comprimés
6 118000 120063

ATEN® 100 mg
28 comprimés
6 118000 120063

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

Dr. Abdelilah ZAHAR

الدكتور عبد الإله زهار

Cardiologue

أمراض القلب والشرابيين

Casablanca, le 12.01.2013 في الدار البيضاء

NACHITE NOUREDDINE

AM, 13 x 3
37,00 x 6
57,80 x 3
20,00 x 9
35,70 x 3

Aspirine 100 mg 18
Nitroglycerine 100 mg 18
Digoxin 1 mg 18
Warfarin 1 mg 18
3 mois

54,100

55,100

124,80

Primalan 10 mg 18
Amoxil 1g + 2v (6j)

Boulevard 10 Mars Rue 31 N° 97, 1er Etage Mabrouka - Casablanca
Tél : 05 22 38 40 44 / 06 66 94 66 16 - zahar.abdelilah@yahoo.com

LOT 223082 1
EXP 09 2025
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 223364 1
EXP 10 2025
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



3 118000 020530

LOT 221100 1
EXP 04 2025
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530



ECG

Dr ZAHAR Abdelilah

Name :NACHITE NOUREDDINE ID : Sex :Male Age :60 Date :12-1-2023

10mm/mV 25mm/s



Main Filter:On

ADS Filter:On