

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0019817

147866

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société : Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : SAOUIR Mouna  
 Date de naissance : 1930  
 Adresse :  
 Tél. : 0548938450 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelmalek AKIL  
 Spécialiste en Médecine Interne  
 Hay Inara 1, Rue 12 N°12 Ain Chock  
 Casablanca - 05 22 50 64 43

Date de consultation : 30 / 01 / 23  
 Nom et prénom du malade : Mouna ESSAOUIR Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Colopathie felle  
 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

Cachet et signature du Médecin  
 attestant le Paiement des Actes

Docteur Abdelmalek ARAB  
 Spécialiste en Médecine Interne  
 Hay Mohammadi - Rue 12 N° 12 Ain Chock  
 Casablanca - 05 22 50 84 43

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacieur ou du Laboratoire	Date
<p><b>PHARMACIE UNIERES</b>  <b>LAHRICHI SA</b>  550, Bd. Al Qods, Intra Ain Chok  Casablanca - INPE : 082040421  Tél.: 05 22 52 40 29</p>	<p>30/01/23</p>
	Montant de la Facture
	193,40

Cachet du Pharmacie  
ou du Pharmacie

**PHARMACIE LAHRTCHI S.A.R.L.**  
550, Bd. Al Oud, Imra, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 092040427  
Tél.: 05 22 52 40 29

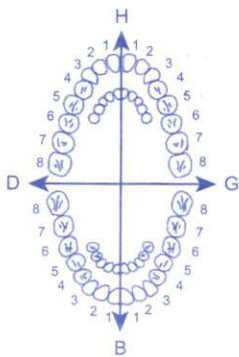
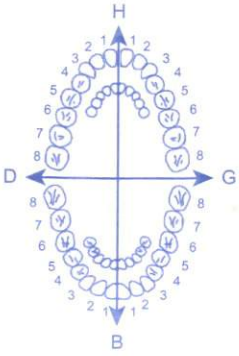
[illegible][illegible]

## 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.

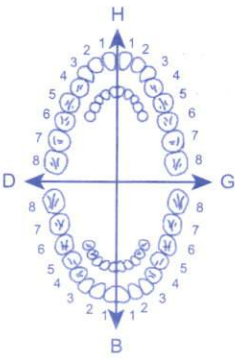
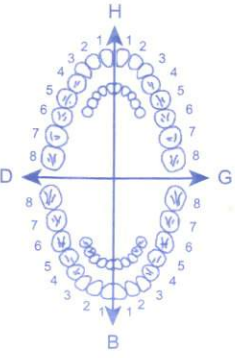
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div> </div>			25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="3">B</td></tr></table></div>			25533412					21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		
	25533412		21433552																					
	00000000		00000000																					
	D		G																					
	00000000		00000000																					
	35533411		11433553																					
	B																							
	<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			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

# Docteur Abdelmalek AKIL

Spécialiste en Médecine Interne  
Echographie Médicale  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Tél.: 05 22 50 84 43  
GSM: 06 69 73 51 33



الدكتور عبد المالك عاقل  
إختصاصي في الطب الباطني  
الفحص بالصدى  
خريج كلية الطب بالبيضاء

الهاتف : 05 22 50 84 43  
الحمول : 06 69 73 51 33

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARAU  
550, Bd. Al Ouds, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 092040421  
Tél.: 05 22 52 40 29

## وصفة الدواء Ordonnance

البيضاء في : Casa le : 30.01.23

الاسم : Nom : Christoph ESSAGHIE

40,40

1 - METEOSPASMYL (cap.)

حبوب قبل الأكل → حبة واحدة (سبوعين) مساء

2 - CARMINEX (sachets)

حبة في كأس ماء بعد الغداء، حبة عشرية نظام

73,50

3 - FORLAX (sachets)

حبة في كأس ماء قبل النوم، ويجب عدم تناول هذا الدواء عند ظهور إسهال

maphar  
Boulevard Akhla n°6  
Quartier Industriel Sid Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.V. : 73,50 DH  
6118001181193

LOT: W07344  
Exp: 03/2025

الحبة، انظر الى لائحة الحبة

79,50

4 - CARBOSORB travent cap 1

حبة مرتين في اليوم → حبة واحدة مساء

Docteur Abdelmalek AKIL  
Spécialiste en Médecine Interne  
Hay Inara 1, Rue 12 N°12 Ain Chock  
Casablanca - 05 22 50 84 43

LOT: 220615  
PER: 08\2025  
PPC: 79,50DH

ميتيوسباسميت  
سترات ألفيرين 60 ملغ  
سمكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Dhoui - Casablanca

6 118001 100293

عن طريق الفم  
20 كبسولة ليينة