

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Étage 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° W21-727579

Courrier

178280

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Benamar M. Mohammed

Date de naissance : 15/07/1953

Adresse : KHAY EL MOHAMMADI lot elouakda rue

Khaled ben Ouahid N° 15 OUDJA

Tél. : 06 11 87 25 96 Total des frais engagés : 452,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/10/23

Nom et prénom du malade : BENAMAR M. HAMMED Age : 70

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 : OUSBA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



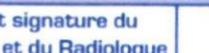
Autorisation CNDD N° A-A 215/2019

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
12/11 2023	CS		300	INP : 081175036

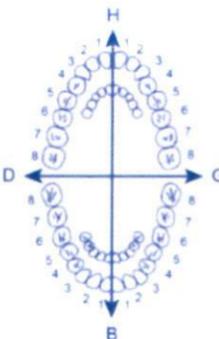
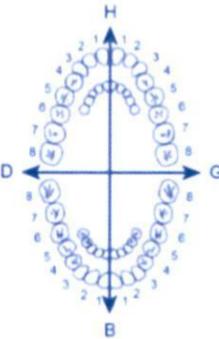
12/11/2013	CS	300	INP: 081175036
------------	----	-----	----------------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/07/23	15200 1

12/07/23 1520

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

[illegible][illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> 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	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			

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**

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
			MONTANTS DES SOINS										
			DEBUT D'EXECUTION										
			FIN D'EXECUTION										

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. YOUSSEF DERRAZ

CARDIOLOGUE  
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris

Diplômé de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes

Diplômé d'Echocardiographie - Université Victor Segalen Bordeaux2



الدكتور يوسف دراز

أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب

طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بالرباط و باريس

دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس

دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

Oujda le : .....

وجدة في : .....

12 juillet 2023

**Nom** : Benamar

**Prénom** : Mhammed



**Ordonnance**

1-Inikal 10: 0-0-1

TTT 3 mois

Dr. YOUSSEF DERRAZ  
Cardiologue  
4, Résidence AL Amal, Bureau 5  
Bd. Allal Ben Abdellah Oujda  
Tél: 05 36 70 70 04 - GSM: 06 61 43 88 63



صيدلية القصر  
Pharmacie AL Kāsr  
EL MERKAOUI Kaoutar  
Dr. H. Pharmacie  
Tél : 05 36 52 44 94  
May El Merkaoui, 101 El Wanda Road, Bou Farj Essouf N° 50 - Oujda

4, Résidence al amal, bureau 5 BD.Allal ben abdellah ☎ 05 36 70 70 04

4, إقامة الأمل مكتب 5, شارع علال بن عبد الله ☎ 06 61 43 88 63



081175036

LOT : 221208

EXP : 09/2025

PPV : 76.00 DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

MC PHARMA S.A. Bachkou, Lot 10 Rue 7  
Casablanca - MAROC  
O. MOTII - Pharmacien Responsable  
Fabriqué par Cooper Pharma  
Douar Ouled Abou - Tit Mellil  
Casablanca

**inikal® 10mg** ○

Amlodipine

30 comprimés



6 118000 340140

AMM N° : 254/DMP/21/NNP

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance  
Tableau A (Liste I)

إنيكال  
أملوديبين

10 ملجم

MC PHARMA  
Laboratoire pharmaceutique

MC PHARMA

**Topiramate**

Topiramate



TECNIMEDE GRO

GED

22,60 x 28

TOPIRAMATE GT® 25 mg  
10 Comprimés pelliculés



Lot:AC0423D

Per:03/2026

PPV:22DH60