

# 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

M23- 0026483

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1745 Société : 180462

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAM ARMEL KADER

Date de naissance : 1-1-49

Adresse :

Tél. : 06 49091072 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. A. BERRANNOUN  
Gynécologue Accoucheur

Cachet du médecin :

Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél. : 0522 02 12 70-0522 47 29 51

Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : M. ZINEDDINE ELANCHI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Smc last opéré

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° : AA-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
05/10/2023	G		0,00	

Dr. A. BENYATOU  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de l'Ordre des Médecins  
39, Rue Omar el Mouhamed Casablanca  
Tél : 05 22 89 62 33

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/2023	

PHARMACIE SIDI EL KHADJI  
N° 83, Angle des Rue 1 et 18  
Sidi El Khadji - Casablanca  
Tél : 05 22 89 62 33

PHARMACIE SIDI EL KHADJI  
N° 83, Angle des Rue 1 et 18  
Sidi El Khadji - Casablanca  
Tél : 05 22 89 62 33

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

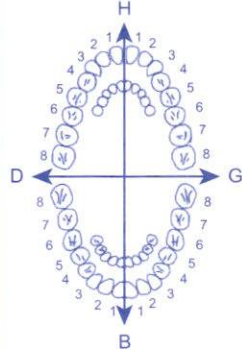
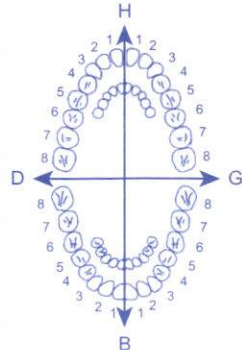
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
					MONTANTS DES SOINS																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
					MONTANTS DES SOINS																				
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**ORDONNANCE**



NA

230921111338FA-01 03/10/2023

**Mme ZINEDDINE EL ARCHIA**

Naissance : 01/01/1976 07:22:00

PAYANT

DR.BERRANNOUN/OUALJOU

**F.TRENKA**

Lot: 4 4 9 3 A  
EXP: 1 0 . 2 0 / /  
PPV: 9 1 . 0 0 0 H S

**91,00**

96.00

1 All vit

1 cap & 15g

52.00 2 Di indo

1 suppo 15g

91.00 3 Eucabal

2 cap & 3h & 15g

132.00 42

347.00 41 Noverp 0,4

15g (pau) = zone & 15g

**950.00**

LOT 2 3 2 2 4 1  
EXP 0 5 . 2 0 2 5  
PPV 3 4 7 . 0 0 0 H

**132,00**

**132,00**

**MACIE SEMLALI**  
des Rues 11 et 18  
- Casablanca  
89 62 93

N° C.E: DA20191406324DMP/20UCA/MAV3

P.P.C : 96 DH

Fabriquée en France par  
PiLeJe INDUSTRIE

Distribué par TOP PHARMA  
233, ZI Sud-Ouest, 28800  
Mohammédia, Maroc

Lot :

Exp :



**Di-INDO 50 mg** 10 suppositoires

PPV 52DH00  
EXP 09/2025  
LOT 29010 1

**DR. A. BERRANNOUNI**  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
54 0522 36 74 05 2020 2023 09 07 74