

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- 0021154

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 517

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDALLAH Abdelali

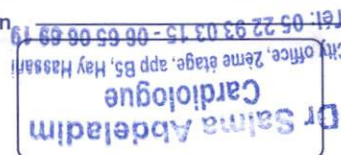
Date de naissance : 29/05/1946

Adresse : 76 Bd grande ceinture Ain
diab CASABLANCA

Tél. : 06 64 40 14 46 Total des frais engagés : 3039,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 / 10 / 23

Nom et prénom du malade : ALAKKI LEMRANI AMINA Age : 74 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Coronarienne

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 : CASABLANCA

Le : 24 / 10 / 2023

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 Rendement des Actes
24.10.23	Contro		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/2023	3.039,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

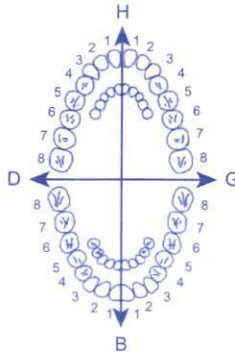
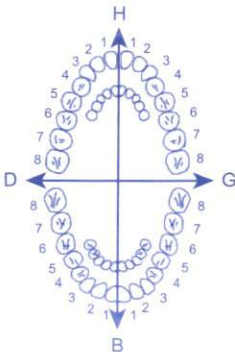
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT 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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. Salma Abdeladim

Médecin Cardiologue

Diplôme Interuniversitaire d'Echocardiographie
de l'Université de Bordeaux Segalen, France

Electrocardiogramme

Echodoppler Cardiaque et Vasculaire

Holter Tensionnel

Holter ECG

Epreuve d'Effort

Echographie de Stress



الدكتورة سلمى عبد العظيم

أخصائية أمراض القلب والشرابيين

دبلوم فحص القلب بالصدى
من جامعة بورج فرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الشرايين

مدى الطويل

مدى الطويل

جهد

جهد

24/10/2023

Mme ALAOUI LEMRANI AMINA

$27,70 \times 4 = 110,80$

1 - cardioaspirine 100 MG
0-1-0

$208 \times 4 = 832$

2 - TAHOR 80MG
0-0-1

$316 \times 3 = 948$

3 - PLAVIX 75MG
1-0-0

$208 \times 3 = 624$

4 - COVERAM 5 - 5 MG
1-0-0

$80 \times 3 = 240$

5 - LANPROL 30 mg

1 gel / jour le matin a jeun

$95 \times 3 = 285$

6 - EXTRAMAG

1 amp / j le matin

3039,80

traitement de 3 mois

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH

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

6 118001 090280

Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

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

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

6 118001 090280

PPV: 208DH00

TAHOR

PPV: 208DH00

PPV: 208DH00

PPV: 208DH00

6 118001 170807



05 22 93 03 15



06 65 06 69 19



Salma.abdeladim56@gmail.Com

سيتي أوفيس، إقامة ميسيمي رقم 58 مكر، الطابق 2 المكتب B 5 الحي الحسني (فوق KFC أمام مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء
City Office, 58 Bis. Lot. MISSIMI, 2^{ème} étage Appt. B5 Hay Hassani (au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) - Casablanca

298,00

298,00

298,00

معليه

LOT : 377
PER : JUN 2026
PPV : 80 DH 00

LOT : 377
PER : JUN 2026
PPV : 80 DH 00

LOT : 377
PER : JUN 2026
PPV : 80 DH 00

Pharmacie de l'Enfant
Km. 21 Dar Bouazza - Casablanca
Tel : 06.65.10.56.70

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

12/2022
12/2025
0722010

PPC = 95,00 DHS

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

12/2022
12/2025

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

12/2022
12/2025
0722010

PPC = 95,00 DHS

V002 - u1/21
ETEXMAC030CP



V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741