

# 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 180850       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 517 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : BENABDALLAH Abdelali

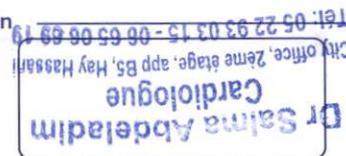
Date de naissance : 29/05/1946

Adresse : 76 Bd grande ceinture Aïn  
diab CASABLANCA

Tél. : 0664401446 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 : 74ans

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 Remont 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 ⴰ

### 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 :**

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
00000000		00000000																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



الذكتورة سلمى عبد العظيم

أخصائية أمراض القلب والشرابيين

دبلوم فحص القلب بالصدى  
من جامعة بورج ففرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

الشرابيين

مدى الطويل

مدى الطويل

جهد

جهد

24/10/2023

Mme ALAOUI LEMRANI AMINA

27,70 x 4 = 110,80

1 - cardioaspirine 100 MG 0-1-0

208 x 4 = 832

2 - TAHOR 80MG 0-0-1

316 x 3 = 948

3 - PLAVIX 75MG 1-0-0

208 x 3 = 624

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

80 x 3 = 240

5 - LANPROL 30 mg 1 gel / jour le matin a jeun

95 x 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 acetylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

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

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

PPV: 208DH00

TAHOR  
PPV: 208DH00

PPV: 208DH00

PPV: 208DH00

6 118001 170807

Pharmacie de l'Université de Casablanca  
Douar Relabane, Route  
Kasbah Hassan II, Casablanca  
Tél : 30 39 80 00  
Dr Salma Abdeladim  
Cardiologue  
05 22 93 03 15 - 06 65 06 69 19  
City office 2ème étage app B5 Hay Hassani



05 22 93 03 15



06 65 06 69 19



Salma.abdeladim56@gmail.Com

298,00

298,00

298,00

Pharmacie de l'Espoir  
Donat Lekhal Route d'Azemour  
Km. 21 Dar Bouazza - Casablanca  
Tel : 06 63 55 56 70

مغربية

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

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