

## 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

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

M23-0024116

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL MAZIANI MUSTAPHA  
Date de naissance : 19/04/1952  
Adresse : LOT FATH2 N° 20 Sidi Naafay  
Casablanca  
Tél. : 0661106716 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 04/12/2023  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète - Hypertension - Baryte  
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 : 04/12/2023  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
04/12/23	C2		300 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ma Pharmacie 30 Bis, Faïd El Sidi Maarouf Tél: 05 22 78 62 05	04/12/23	2461,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

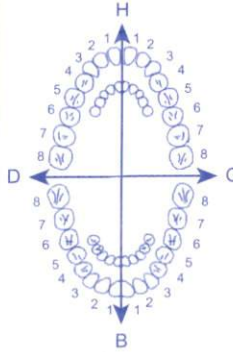
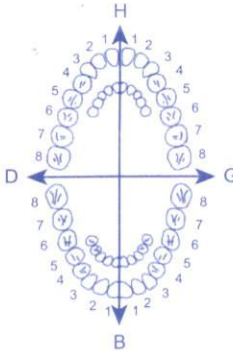
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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

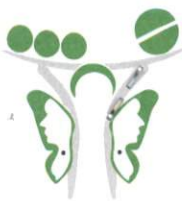
Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

(الرباطية عروبي بنات فاتيحة)

اختصاصية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le : 04/12/23.

Handwritten medical notes in Arabic, including dates, times, and patient information. The notes are written in blue ink and include various medical terms and abbreviations. There are also some stamps and logos visible on the page, including a circular stamp with the text 'ARBAOUI BATTAL FATIHA' and 'ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE'.

Handwritten notes include:

- 04/12/23
- 19.50
- 20.00
- 21.00
- 22.00
- 23.00
- 24.00
- 25.00
- 26.00
- 27.00
- 28.00
- 29.00
- 30.00
- 31.00
- 32.00
- 33.00
- 34.00
- 35.00
- 36.00
- 37.00
- 38.00
- 39.00
- 40.00
- 41.00
- 42.00
- 43.00
- 44.00
- 45.00
- 46.00
- 47.00
- 48.00
- 49.00
- 50.00
- 51.00
- 52.00
- 53.00
- 54.00
- 55.00
- 56.00
- 57.00
- 58.00
- 59.00
- 60.00
- 61.00
- 62.00
- 63.00
- 64.00
- 65.00
- 66.00
- 67.00
- 68.00
- 69.00
- 70.00
- 71.00
- 72.00
- 73.00
- 74.00
- 75.00
- 76.00
- 77.00
- 78.00
- 79.00
- 80.00
- 81.00
- 82.00
- 83.00
- 84.00
- 85.00
- 86.00
- 87.00
- 88.00
- 89.00
- 90.00
- 91.00
- 92.00
- 93.00
- 94.00
- 95.00
- 96.00
- 97.00
- 98.00
- 99.00
- 100.00

BIOPAR Fer Acide Folique CP Bte 20  
PPC : 79.00 DH  
Ul Av : 05/2024 Lot : 1098/3  
IPHADERM

إقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis ( En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 05

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048



Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH  
LOT L0729 PER 06/26

188,50

EXP  
ce  
s

**LYSOPURIC®**  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

nt 5 g d'allopurinol.

**LYSOPURIC®**  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

EXP  
ance  
es

**LYSOPURIC®**  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

LOT NO. : 257274  
DATE EXP : 08.2025  
PPV : 319DH00

1/EXP  
nnance  
rites  
ble

**LYSOPURIC®**  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

**LYSOPURIC®**  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

LOT NO. : 257274  
DATE EXP : 08.2025  
PPV : 319DH00

LOT NO. : 257274  
DATE EXP : 08.2025  
PPV : 319DH00

LOT NO. : 257274  
DATE EXP : 08.2025  
PPV : 319DH00

LOT NO. : 357173  
DATE EXP : 05.2026  
PPV : 319DH00

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342