

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.



Déclaration de Maladie

M23- N° 0039647

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAH NAOU ABDELLAH  
Date de naissance : 195107  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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) :

## Adresses Mails utiles

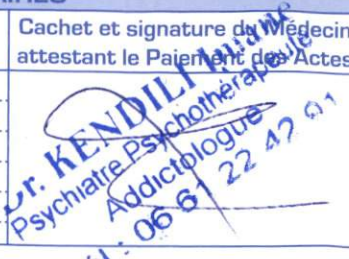
- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



### 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
21/01/2024	CS		500 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31-1-24	2682,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

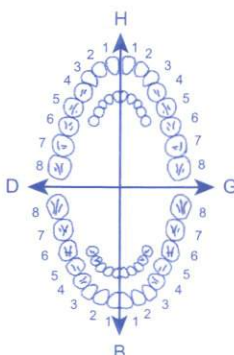
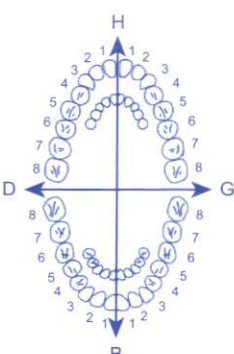
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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																						
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
				<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca  
Care Center

**Dr. Imane KENDILI - MD**

Psychiatre - Psychotérapeute  
Spécialiste en Addictologie  
Diplômée en Sexologie et Thérapie du couple  
Thérapie familiales systémiques  
Trouble du sommeil et gestion du stress  
Membre de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM)  
Expert certifié UNODC

## Prescription

Date : 8/01/24 Mme / Mr. :

9me Adraoui Ancha

36.30  
1 D-Cine 12000  
49.60  
18x 70.80  
3-0  
ta de 06

PHARMACIE EL OUMOUKMA  
244 lotissement el wataas  
Rabat  
Tél : 05 22 53 20 54

PHARMACIE EL OUMOUKMA  
244 lotissement el wataas  
Rabat  
Tél : 05 22 53 20 54

PHARMACIE EL OUMOUKMA  
244 lotissement el wataas  
Rabat  
Tél : 05 22 53 20 54



93.00 x14

Anafil



Casablanca Care Center  
Dr. Imane KENDILI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Addictologue - Sexologue  
5 rue Zaidane - 20170 - Casablanca  
+212 5 22 369 679 / +212 6 60 297 200

tu + RM

of

PHARMACIE EL OUMMAYMA  
244 lotissement el wataa  
Deroua  
FIX - 05 22 53 20 54

2682.30

LOT : KA31181  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31181  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31181  
PER : MAI 2025  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA21127  
PER : DEC 2024  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31181  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31181  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31181  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31182  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31182  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31182  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31181  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA22639  
PER : MAI 2025  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA22639  
PER : MAI 2025  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA22639  
PER : MAI 2025  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA22639  
PER : MAI 2025  
PPV : 70 DH 80

EXP : 08/2025  
LOT : 23H21D  
PPV : 56,30 DH

PPV : 70 DH 80

LOT : KA31181  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA31181  
PER : FEV 2026  
PPV : 70 DH 80

EXP : 07/2026  
LOT : 23G11  
PPV : 49,60 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH