

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19- 051756

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3222 Société : 198216
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LACHHABI NATMA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 08/03/2024
Nom et prénom du malade : LACHHABI NATMA Age : 68 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Insuffisance Renale Chronique Terminale
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) :

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
08/03/2024	IRCT en Hémodialyse		Gratuit	INPE: 09 11 73 14 6 Dr. KHOUNIGER H. CO Néphrologie - Hémodialyse Centre des Maladies des Reins et d'Hémodialyse Joudar 196, Bd Joudar, Lot Errahma, Hay Moulay Rachid - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092074970	8/3/24	866,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

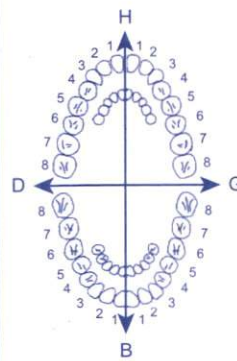
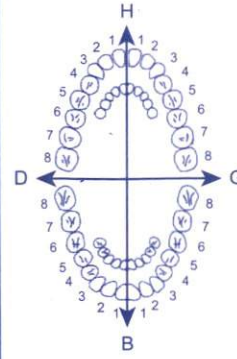
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>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																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE DES MALADIES DES REINS ET D'HÉMODIALYSE JOUDAR

Casablanca, le 08/03/2024

Dr Imad KHOUNIGERE
Dr Tarik MADAD

Spécialistes en Néphrologie - Hémodialyse
أخصائيين في أمراض الكلى و تصفية الدم

- NÉPHROLOGIE
- HÉMODIALYSE
- TRANSPLANTATION RÉNALE
- ÉCHOGRAPHIE RÉNALE

7^{me} LACHHABI NAÏMA

49,40x4

- CALCINIB 5mg Cp S.V
1cp x 2/j traitement de 2 mois

151,60

- Lasitix 40mg Cp S.V
1cp/j traitement de 2 mois

31,60x2

- CRESTOR 5mg Cp S.V
1cp/j traitement de 2 mois

69,20

- VASTAREL 35mg Cp
1cp/j

141,10x2

- KARDEGIC 160mg (sachets)
1sachet/j traitement de 2 mois

228,20

- Dolestop 1000mg Cp
1cp/j

137,20

- DIPR. ZONE 0,05% (pommade)
2 fois/jrs

35,10x2

- INexium 40mg
1cp/jrs

71,40

141,60

24,20

123,60



KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
LOT : 23E009
PER : 04 2025



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
LOT : 23E007
PER : 04 2025



5 118001 081189

LOT : 503
PER : AUT 2026
PPV : 24 DH 20

28 Co

LOT : 105
PER : FEV 2026
PPV : 49 DH 40

LOT : 110
PER : JUN 2026
PPV : 49 DH 40

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp per 30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 Com

LOT : 110
PER : JUN 2026
PPV : 49 DH 40

28 Co

LOT : 105
PER : FEV 2026
PPV : 49 DH 40

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp per 30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

LOT : 13E008
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 23E005
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



5 118000 060468

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou M. Aouam roche
INEXIUM
Cp GR
40 mg
Boite 14
BAINSONP/21NHO P.P.V: 123,60 DH

14,60

137,20