

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

N° W21-786394

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 3166 Société : R.A.M. 201380			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : ABDELLATIF.			
Nom & Prénom : IBRAHIMI			
Date de naissance : 34, Rue Anouel Hay Farah			
Adresse : Route Ain chkef FES			
Tél. : 0662 50 3042 Total des frais engagés : 889,1 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr. BENNANI Chakib            CARDIOLOGUE            Bd. Med V Résidence Tlemcani            B.C. 0535 65 40 52            P: 0661 13 73 56         </div>			
Date de consultation : 08 MARS 2024			
Nom et prénom du malade : M. Bessafi Zahra Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA - Hypertension			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

*cy R. BESFAI*

08 MARS 2024

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-786394	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricole : 3166  
 Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI ABDELLATIF  
 Total des frais engagés : 889,1 Dhs  
 Date de dépôt :

#### 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 MAI 2014	Ca + ECH	900 + 100	900 + 100 = 3.00.00	DP : 14109437 Dr. BENNANI Chakib CARDIOLOGUE Bennani - FES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Bi. Mod V Rest 0535 65 40 52  
CES 0661 13 73 56

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE	08/03/24	589,10

142028265

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Désignation et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>DR FARAH CHIDA</b> <b>600 0514</b> <b>1028263</b>			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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.

ODF  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433582
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	1143353

### (Création, remont, adjonction)

	DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	





LABORATOIRES INNOTECH INTERNATIONAL  
Fabriqué sous licence par :  
Maphar.  
Boulevard Alkimia N°6, Ql-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.

DIOVENOR 600MG  
CP B30

6 118000 010449

30 قرص ملبس  
عن طريق الفم

# الدورا 5 ملخ

ديسالوراتادين

مرة واحدة يوميا

طويل المفعول

لا يسبب النعاس

مضاد للحساسية

ALORA 5 mg

30 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410096

LOT: M1201  
PER: 10/2025  
PPV: 73,50DH

Deva

مخترات ديفا للصيدلة  
ج. وأجدي صيدلي مسؤول

146 -الطنقة المستانية-تطميميل - الدار البيضاء

٢٠٨٩

# كسيديول

## كارفيديول



**XEDILOL® 25 mg**  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773



٢٠٨٩

# كسيديول

## كارفيديول



**XEDILOL® 25 mg**  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773



٢٠٨٩

# كسيديول

## كارفيديول



**XEDILOL® 25 mg**  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773



aspen

LOT 230303

EXP 01 2027

PPV 31.30



**ZYLORIC 200 mg**

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT

SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

aspen

LOT 230303

EXP 01 2027

PPV 31.30



**ZYLORIC 200 mg**

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT

SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

aspen

LOT 230303

EXP 01 2027

PPV 31.30



**ZYLORIC 200 mg**

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244