

# 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.

## Diagnostic 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.

## Maladie chronique :

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

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- 056654

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2210 Société : 43529  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUDALA WAHID  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 06 77 71 70 64 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 :

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-056654

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).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-383030	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-383030

DATE DE DEPOT

17/09/2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 2010	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Boudala Nahid	Signature de l'adhérent
Fonction	Retraite	Phones 0677717064	
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient WAHID	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 09-08-52	Date 17/09/20
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Cronique felle + diabète			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
G2 + ECG		= 356,00 =	
<b>PHARMACIE</b>		Date 17/09/2020	
Montant de la facture		2761,80	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature de Dr. Abdelmajid BELHAJ  
 Dr. Abdelmajid BELHAJ  
 CAPITOLOGIE  
 Avenue Mohammed VI - AGADIR  
 Immeuble Appt. 104 52 51  
 Tél : 05 28 84 52 51  
 PHARMACIE MANALAH  
 05 28 84 52 51  
 AGADIR  
 042007393  
 CACHET

ACQUEL  
 12 OCT 2020  
 CACHET

☒ valable 3 mois

Le 17/09/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

17 SEP. 2020

**Dr. Abdelmajid BELHAJ**  
CARDIOLOGUE  
Avenue Moulay Abdellah  
Imm. M1, App. N°4 - AGADIR  
Tél : 05 28 84 52 51



**Docteur BELHAJ Abdelmajid**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de l'Université de Liège  
(Belgique)

**SPÉCIALISTE DES MALADIES DU  
COEUR ET DES VAISSEAUX**

Avenue Moulay Abdellah  
Immeuble M1 - Appartement N° 4  
Au-dessus de pharmacie BOUHDOUD - Agadir

Tél./Fax : B. 05 28 84 52 51 Agadir  
GSM : 06 61 14 58 36

**الدكتور بالحاج عبد المجيد**

خريج جامعة لييج (بلجيكا)

اختصاصي في أمراض  
القلب و الشرايين

شارع مولاي عبد الله عمارة 1 - شقة رقم 4  
فوق صيدلية بوهودود - أكادير

هاتف العيادة والفاكس : 05 28 84 52 51  
الهاتف المحمول : 06 61 14 58 36

Agadir, le

17 SEP. 2020

أكادير في

M. Boudala Wahid

H. Boudala

250 x 3

185 x 3

Tel: 05 28 84 44 43

Avenue des FAR - AGADIR

Docteur en Pharmacie

DR. BELHAJ ABDELMAJID

CARDIOLOGUE

Avenue Moulay Abdellah

Immeuble M1, Apt. N°4 - Agadir

Tel: 05 28 84 52 51

GSM: 06 61 14 58 36

Agadir, le

1) Digoxine = 1/4

2) Crestor long = 1/1

3) Coralan 7,5 = 1/2 x 2

4) Altorone 50 = 1/1

5) Lasix 40 mg = 1/1

6) Amlod 4 mg = 1/1

7) Kardia 160 = 1/1

8) Valignil

المرجوا اصطحاب هذه الوصفة الطبية في الزيارة المقبلة

Prière de rapporter cette ordonnance lors de la prochaine consultation

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

LOT : 20E011  
PER : 12 2023

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 20E015  
PER : 01 2024

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 20E011  
PER : 12 2023

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 20E014  
PER : 12 2023

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 20E011  
PER : 12 2023

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.  
PPV: 25 DH 00

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.  
PPV: 25 DH 00

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.  
PPV: 25 DH 00

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.  
PPV: 25 DH 00

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaâ Casablanc  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaâ Casablanc  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaâ Casablanc  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaâ Casablanc  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaâ Casablanc  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaâ Casablanc  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaâ Casablanc  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

LOT : 20E016  
PER : 11 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 20E014  
PER : 11 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 10.2021  
LOT : B23056  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 10.2021  
LOT : B23056  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 10.2021  
LOT : B23056  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 10.2021  
LOT : B23056  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

EXP : 03.2022  
LOT : B24044  
P.P.V : 57DH70

6 118001 081189

ALDACTONE 50 mg  
spironolactone  
الداكتون 50 مغ  
سبيرونولكتون

MXGS0057

6 118001 130061  
CORALAN 7,5 mg  
Boite de 56 comprimés

PPV:475DH00

MXGS0057

6 118001 130061  
CORALAN 7,5 mg  
Boite de 56 comprimés

PPV:475DH00

MXGS0057

6 118001 130061  
CORALAN 7,5 mg  
Boite de 56 comprimés

PPV:475DH00



07/min

10 mm/mV

58/min

10 mm/mV

I

II

III

I

II

III

25 mm/s

0.05-35 Hz

F5

25 mm/s

0.05-35 Hz

F50 AT-1

:

35.040

45/m  
aUR

65/min 10 mm/mV

U4

bVL

U5

LaVF

V6

25 m

25 mm/s 0.05-35 Hz F50 AT-1 2.05

35.040