

## 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° W21-709214

Conseil

133 003

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

9383

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

Moustakim

Samiha

Date de naissance

28-03-68

Adresse

Res des El Tchah - n° 23 Hay Riss

Tél. :

Total des frais engagés :

195 + 250

Dhs

Cadre réservé au Médecin

LAMOURKI FAKIR  
spécialiste en Médecine et Biologie  
du Sport  
Médecine Générale  
Tél.: 05 37 71 24 42  
INP : 101091379

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/11/2022

Nom et prénom du malade :

Moustakim Samia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angine EP

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 : 04/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Moustakim Samia

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-709214

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 :

195

Nom de l'adhérent(e) :

Moustakim Samia

Total des frais engagés :

250

Date de dépôt :

## RELEVE 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
4/10/22	5	1.	2000	INP 1010913719 LAMOURIFAN Médecine sport

*Am*  
Dr. LAMOURI Faïçal  
Spécialiste en Médecine et Biologie  
du Sport  
Médecine Générale  
Tel.: 05 37 71 24 42  
N° de la Facture : 101091379

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. KHAJID R. tel. 04 Sader 9, Hay Ried tel.: 05 37 7167 82 102041019	11/10/2022	195,80

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

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

## RELEVE 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	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<b>H</b> 25533412 00000000 D	<b>G</b> 21433552 00000000 B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	35533411	11433553		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

PPV:  
Lot n°:  
EXP:

141DH20  
211020/2  
09/2023

PPV 14 DH 20  
PER 05 / 2023  
LOT L190

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

COOPER PHARMA  
PPV: 40,00 DH

## Dr Faiçal LAMOURI

Diplômé de la faculté de médecine de NANCY

Assermenté auprès des tribunaux

Médecin conseil auprès du consulat Général de France

Spécialiste en médecine et biologie du sport

Médecin morphologue et anti âge (MMAA)

Médecine générale

Echographie générale

ICE 001621538000082

04/10/2022

madame MOUSTAKIM SAMIRA ,

14,60

1\_\_ DOLIPRANE 1000 cp

141,20 1 cp 3 fois par jour si fièvre ou douleurs

2\_\_ CEROXIM 500 mg cp

40,00 1 cp le matin et le soir avant les repas pendant 5 jours

3\_\_ PREDNI 20 mg cp efferv

3 cp eff le matin après le repas pendant 3 jours

Pharmacie du Nakhil Central  
Dr. KHALID IDER  
N°17, Lot 4, Rue Sidi, 0537716782  
Rabat - Tel: 0537716782  
INP: 102041019

Dr. LAMOURI Faiçal  
Spécialiste en Médecine et Biologie  
du Sport  
Médecine Générale  
Tel: 0537712442  
INP: 101091379

Allen

Pharmacie du Nakhil Central  
Dr. KHALID IDER  
N°17, Lot 4, Rue Sidi, 0537716782  
Rabat - Tel: 0537716782  
INP: 102041019

Avenue Nakhil rue attoute en face de la tour Maroc Telecom  
Tel : 0537712442 Mobile : 0661153172