

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 040609

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4194 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HACHIMI Halima  
 Date de naissance : 27/10/1959  
 Adresse : Cite' ESPADA c m° 93 ERAC BOUARGANE AGADIR  
 Tél : 0661 336013 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Pr. Elminaoui Mohamed  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 02/11/2023  
 Nom et prénom du malade : EL HACHIMI Halima 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) :

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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'Horizon  
 Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
2023				Pr. Elminaoui Mohamed طبيب الفم و الفكين INPE 021211545

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

04/11/23

794,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

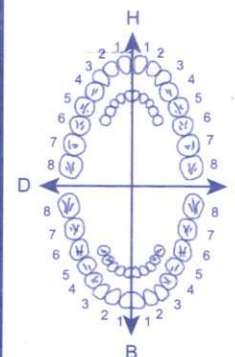
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

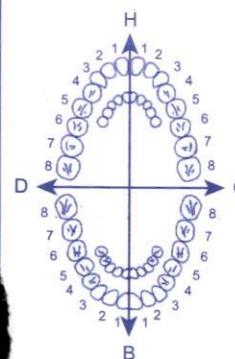
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



**CHU AGADIR**  
SERVICE DE CARDIOLOGIE



**CHU SOUSS MASSA**

المركز الإستشفائي الجامعي سوس ماسة  
CCO OXIX CCAU OOO C.OO

# ORDONNANCE

Agadir, le 02/11/2023

Service de Cardiologie  
CUH SOUSS MASSA  
AGADIR

Nom du Patient : *Mr. El Hachimi Hakim*  
Age :

Pr M. ELMINAOUI

Professeur Agrégé en  
Cardiologie

Cardiologue Interventionnel

**Pharmacie 20 Août**

Dr. RIZKI Ahmed - Pharmacien  
Av. Imam Alboukhari N°180 Erac Bouargane  
AGADIR - Tél: 05 28 23 32 79

237,00 x 3

*1/ Renecal long*



27,70 x 3

*2/ Cardio Asprine long*



*1/ Le 03/11/23*

RDV de consultation le ..... à ..... h

794,10

**Pr. Elminaoui Mohamed**

د. الميناوي محمد  
أستاذ مبرز في  
طب القلب والأوعية الدموية



وزارة الصحة والتمهية الإجتماعية  
+ C.C.O.H + H.A.G.E.A + R.O.X. + L.C.I  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

المركز الإستشفائي الجامعي سوس ماسة، الطريق الوطنية رقم 1 ص ب : 56 أكادير الرئيسية  
Centre Hospitalo - Universitaire Souss-Massa, Route nationale N°1, BP : 56 Agadir la principale  
Tél : 05 28 82 00 40, Fax : 05 28 82 00 41, E-mail : chusoussmassa@gmail.com

مكتبة الكتب والمطبوعات - أكادير  
BIBLIOTHÈQUE ET FONDATION DOCUMENTAIRE - AGADIR  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AGADIR



# روزوكال®

روزوفاستاتين

## 20 ملغ

للکبار و الأطفال  
ابتداءً من 6 سنوات



237,00

PHARMA 5

28 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



# روزوكال®

روزوفاستاتين

## 20 ملغ

للکبار و الأطفال  
ابتداءً من 6 سنوات



**PHARMA 5**

28 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



237,00



# روزوكال®

روزوفاستاتين

20 ملغ

للکبار و الأطفال  
ابتداءً من 6 سنوات



237,00

PHARMA 5

28 قرصا ملبسا

عن طريق الفم





Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



كارديو أسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

EXP

04 2027

BT17X21



لا تأخذ بحموضة المعدة





Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



كارديو أسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

EXP

04 2027

BT17X21



لا تأخذ بحموضة المعدة







Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



كارديو أسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

EXP

04 2027

BT17X21



أثر بكموضة المعدة

