

# 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

- 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 - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 073035

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2076 Société : RAM 190821  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Mme Khadija BOUTNI  
 Date de naissance : 03 Nov 1956  
 Adresse : 30, rue Elkhrouane, Apt 24, 5<sup>ème</sup> étage Hay Elmahe 20200  
 Tél. : 06 63 00 6681 Total des frais engagés : 1076.20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Boutni Khadija Age : 67  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Vertige + Anxiété + Sommeil perturbé  
 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 : Casablanca Le : 23/11/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

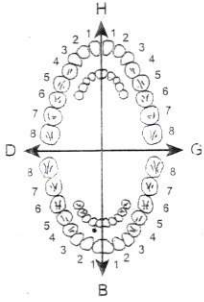
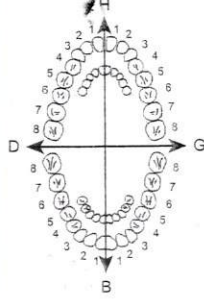
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
23/11/2023	Cls Tech		300490	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU CAF</b> D Hind Benmoussa Rue Al Okhouar Tel : 05 22 39 8	23	726,20
	11	
	2023	

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 : 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Eprdeaux - Liège Belgique
- Diplômée en Echo doppler de l'université Bordeaux II
- Diplômé en Exploration de système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمراكز الإستشفائية ابن رشد الدار البيضاء
- بورديو فرنسا / لينج بلجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بورديو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي اللاإرادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 23/11/2023

N. Boutni Khodja

119.80  
x 3  
69.80

Losita 10  
1 - 0 - 0

99.00  
x 3

Venoreine  
0 - 1 - 0

726.20  
3

Upra do  
1 - 0 - 0

1461  
23/11/2023  
3m

PHARMACIE DU CAF  
Dr. Hind Benmoussa  
1 Rue Al Okhrouar  
Tél: 05 22 39 87

Dr NASSIRI Ichraq  
Cardiologue  
Tél: 06 69 16 79 04

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

عدم توقف الوصفة حتى الموعد المقبل

COOPER PHARMA  
PPC : 99,00 DH



8 594064 070267

FAB:  
EXP:  
N° de lot:

09 2022  
09 2025 117022



**VENOREÏNE®**  
Aescine / Ruscogénine / Acide ascorbique

x3  
Ged

PPV 1190480  
PER 09/26  
LOT M2874

**Loscita® 10 mg**

Escitalopram  
28 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041610

PPV 690480  
PER 02/20  
LOT M5001

**Loscita® 10 mg**

Escitalopram  
14 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041603

## CABINET DR NASSIRI DE CARDIOLOGIE

### NOTE D'HONORAIRE

Nom- Prénom du patient : BOUTNI KHADIJA

DATE DE CONSULTATION : 23/11/2023

Mutuelle : MUPRAS

	Nombre	Prix unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES			
CONSULTATION + ECG	1	350 DH	350 DH
Total frais			350 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>TROIS CENTS CINQUANTE DIRHAMS</b>	TOTAL : 350 DH
---	-------------------

Dr NASSIRI  
Cardiologie  
249, Rés. EL Mansour 1<sup>er</sup> Etage  
Appt N°1, Bd Yaâcoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 0522 39 76 70  
Appt N°1, Bd Yaâcoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 0522 39 76 70

ID fiscal 24996072. Adresse : 249, Résidence EL Mansour, 1<sup>er</sup> étage Appt N°1 Bd yacoub El Mansour- Casablanca

Tél : 0522397670 ; INPE : 091200386, N° ICE : 0021916775000013