

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043556

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 365 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : FIKRI Med

Date de naissance : 2/1/38

Adresse : Rue Ben Amerdoune n°4, 9°C

Tél. : 0645923434 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2020

Nom et prénom du malade : FIKRI FOUAD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint. ☐ Enfant

Nature de la maladie : FHTA

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 : 10/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :





# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10-03-2016      | GAK 16 (20)       | 300 M                 |                                 | Dr. EL MOU...<br>Professeur de Cardiologie<br>505 Rue Mustapha El Maani<br>05 22 22 22 22 / 05 22 22 22 22 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL MOU...<br>Dr. EL MOU...<br>6-7 Rue...<br>05 22 22 22 22 / 05 22 22 22 22 | 10/03/2016 | 654,2                 |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

| 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  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                   |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 25533412   | 21433552         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | D  | G                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 35533411   | 11433553         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | B  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |                     | DATE DU DEVIS           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur Inter

إختصاصي في أمراض القلب و الأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Casablanca, le 08-SEP-2020

AMOP cy 49,4 x 2  
92,2

196,50 1 y elou 164,6 x 3  
3138 1/2 0-1/2

24,9 - Brôte - ay  
1 aye 2 (x) us

69,0 Kalman  
654,2

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOJMINI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
C.H. - Casablanca

Tél. 05 22 38 24 85 / 05 22 36 26 82

356, زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

104,60

74,90

bilité  
nmeil

LOT: 200075

DLUD: 03/2023

69.00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutiqu

JOUA/DLUD: 03/2023

104,60



104,60



LOT 190540  
EXP 03/2022  
PPV 97.70DH

49,40

LOT 180603  
EXP 03/2021

COOPER PHARMA

PPV : 49,40 DH

5 mg

Oral  
Comprimés  
Voie Orale

0

nés

524

524