

# 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.

## 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.

## 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

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° P19-069482

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HABACHI Mohamed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, Rue Brahim Hakheii, Maarif excurson Casablanca

Tél. : 0661133679 Total des frais engagés : 125,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. A. LAABI  
CARDIOLOGUE  
Rés. RIBH "D", Angle Bd Bir Anzarane  
Rue Caid Achtaf, la Côte de Agence INWI  
Quartier Maarif, Casablanca  
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Date de consultation : 04/11/2020

Nom et prénom du malade : HABACHI Mohamed Age: 72

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 04/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

MUPRAS  
RIBH "D" - Agence INWI  
Tél: 05 22 99 20 88



# 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
				DR. M. A. LAABI CARDIOLOGUE RÉS. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane Rue Caïd Achkar, à Côté de Agence INWI Quartier Maarif - Casablanca Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRISE 38, Rue Abou Abbas Alazizi Maarif - Casablanca Tél: 05 22 99 07 10 Fax: 05 22 99 07 03	04-11-2003	12530

# 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

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 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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

## عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرابيين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين  
و علاج القلب التداخلي

04/11/2020

HABACHI Mohamed

PHARMACIE LA BRISE  
38, Rue Abou Abbas Al Azfi  
Mâarif Casablanca  
Tél.: 05 22 99 07 10  
Fax: 05 22 99 07 03

125,30 Vaxigrip



we injecte etc.

PHARMACIE LA BRISE  
38, Rue Abou Abbas Al Azfi  
Mâarif - Casablanca  
Tél.: 05 22 99 07 10  
Fax: 05 22 99 07 03

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.F.V.: 125,30 DH  
6 118001 082247

DR. M. LAABI  
CARDIOLOGUE  
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane  
Rue Caid Achtar (côté Agence Inwi)  
Quartier Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, ( A côté Agence Inwi) 1<sup>er</sup> étage Quartier Maârif - Casablanca

إقامة ربح « زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء »

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624