

# 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.

## Éducation :

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

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° P19-0020176

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6373**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL BOUCHIBTI Ahmed Amin** Date de naissance : **17/11/1959**

Adresse : **ferme 12. Fouarate Kénitra**

Tél. : **0661 23 83 88** Total des frais engagés : **5730,80** Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/03/2021**

Nom et prénom du malade : **EL Bouchibti Ahmed** Age : **62**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **31/03/2021**

## 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
10/01/95	Dr. Abderrahim SOURAT Intervention Centre Med V. Kénitra	37 37 60 60 11.0995	3.2.20	Dr. Abderrahim SOURAT Intervention Centre Med V. Kénitra 37 37 60 60 11.0995

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **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	

## DELEVE 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'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

A dental arch diagram showing the upper and lower arches. The upper arch has teeth numbered 8, 7, 6, and 5 from left to right. The lower arch has teeth numbered 5, 6, 7, and 8 from left to right. The teeth are represented by small circles with the numbers inside.

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

# CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur SOURAT Abderrahim

SPECIALISTE DES MALADIES  
DU COEUR ET DES VAISSEAUX  
CATHETERISEUR

Ex.Attaché au service de  
Cardiologie CHU IBN SINA - RABAT



الدكتور سورات عبد الرحيم

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

إختصاصي في القسطرة

طبيب سابق بمصلحة القلب والشرايين

بالمراكز الجامعية ابن سينا بالرباط

Sur Rendez-vous

بالميعاد

Kénitra, le ..... 10 - 1 - 11 القبطرة، في

EL BOURGUETI 11.1.11

1200000 1000000  $\frac{97,60 \times 6}{585,60}$

1600000 1000000  $\frac{35,70 \times 6}{214,20}$

1000000 1000000  $\frac{89,10 \times 4}{356,40}$

$392,10 \times 2 = 784,20$   
 $122,10 \times 5 = 610,50$   
 $207,10 \times 5 = 1035,50$   
 $72,80 \times 6 = 436,80$

1000000 1000000

ex

1000000 1000000

ex

1000000 1000000  $\frac{841,10 \times 3}{2523,30}$

$19 = 5430,80 DH$

05 37 37 60 60، شارع محمد الخامس، القبطرة - الهاتف / الفاكس : العيادة : 447

447, Avenue Mohamed V - KENITRA - Tél. / Fax : Cabinet : 05 37 37 60 60 - E-mail : Abderrahimsourat@gmail.com



Levemir® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 841 DH



Levemir® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 841 DH



z-012-52-82/96-8

ADANCOR 10 mg comprimé sécable Boîte de 30  
Prix : 72,80 Dhs  
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



207,00

207,00

207,00

207,00

207,00

122,10

PPV : 72,80 DH

LOT : 330  
PER : JUL 2023  
PPV : 89 DH 00

LOT : 336  
PER : SEP 2023  
PPV : 89 DH 00

LOT : 317  
PER : FEB 2023  
PPV : 89 DH 00

LOT : 330  
PER : JUL 2023  
PPV : 89 DH 00

97,60

97,60

97,60

97,60

97,60

97,60