

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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 ALP :

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](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

MUPRAS NO M20- 0007145  
RECEPTION 9

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1707 Société : RAM 72245

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GOUAR Abdelhak

Date de naissance : 3.12.56

Adresse : Rue 6 villa N°2 Hay ELhanda Berrechid

Tél. : 0661045704 Total des frais engagés : 657,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Brahim EL OUASSI**  
Spécialiste en Anesthésie & Réanimation  
C.A.R.I.C.P.A et Exploration Card. Vasculaire  
Tél. 0522 33 83 30

Date de consultation : 26/02/2021

Nom et prénom du malade : Kharrabul Malika Age : 61

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

Nature de la maladie : Drotch lyu 2

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 : Berrechid Le : 19/5/2021

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
26/02/14	س	1	2000	

**Dr. STRANIM EL QUASSI**  
 Spécialiste en Anesthésie & Réanimation  
 CABINET d'Exploration Card. Vasculaire  
 Tél: 06 22 33 63 30

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

**Pharmacie Mosquée Riad**  
**Dr. STRANIM EL QUASSI**  
 N° 1-2 Mosquée Riad  
 Hay Riad (A côté du Stade Bechtel) - Meknes  
 Tél / Fax: 05 22 33 68 22

407,90

## 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

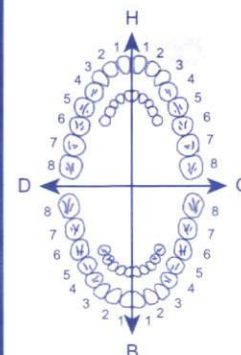
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

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

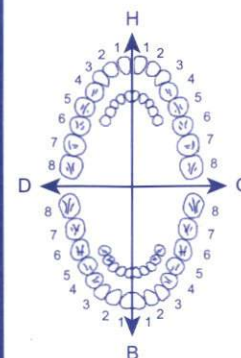
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
 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'EXECUTION

# Dr. Brahim ELOUASSI

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Diplôme de Spécialité en Anesthésie & Réanimation  
de la Faculté de Médecine de Rabat  
Ancien Médecin Attaché aux Hôpitaux Universitaires  
d'Avicenne de Rabat  
Ancien Médecin des Forces Armées Royales  
Cabinet de Consultation et d'Exploration  
Cardio Vasculaire

## الدكتور ابراهيم الواسي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم التخصص في الإنعاش  
الطبي - الجراحي و علم التخدير بالرباط  
طبيب سابق بمستشفيات الجامعية  
ابن سينا بالرباط  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
عيادة تخفيض و استئصال أمراض  
القلب و الشرايين



161049770

7<sup>th</sup> - KHARROU BAT  
Maha

ORD

LOT: 20E015  
PER: 09 2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



11800010621

LOT: 20E010  
PER: 05 2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10

LOT: 20E008  
PER: 03 2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



1180001062134

17.10 x 3

① Metformin 850

78.70 x 1 cp x 2

② Diclofenac 60

20.90 x 2

③ Nitro D

407.90

407.90

صيدلية مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée Riad  
Dr. Siham TAMIR  
N°: 1-2 Mosquée Riad  
Rabat

Dr. Brahim E  
Spécialiste en Anesth  
et Réanimation

ZENITH Pharma  
ANIM N°171/16 DMP/21/NIHPR  
6 118001 272228  
PPV: 20,90 DH 20,90

ZENITH Pharma  
ANIM N°171/16 DMP/21/NIHPR  
6 118001 272228  
PPV: 20,90 DH 20,90

06 06 93 68 01 - 05 22 33 63 30

تجزئة اليسر 2 رقم 73 برشيد

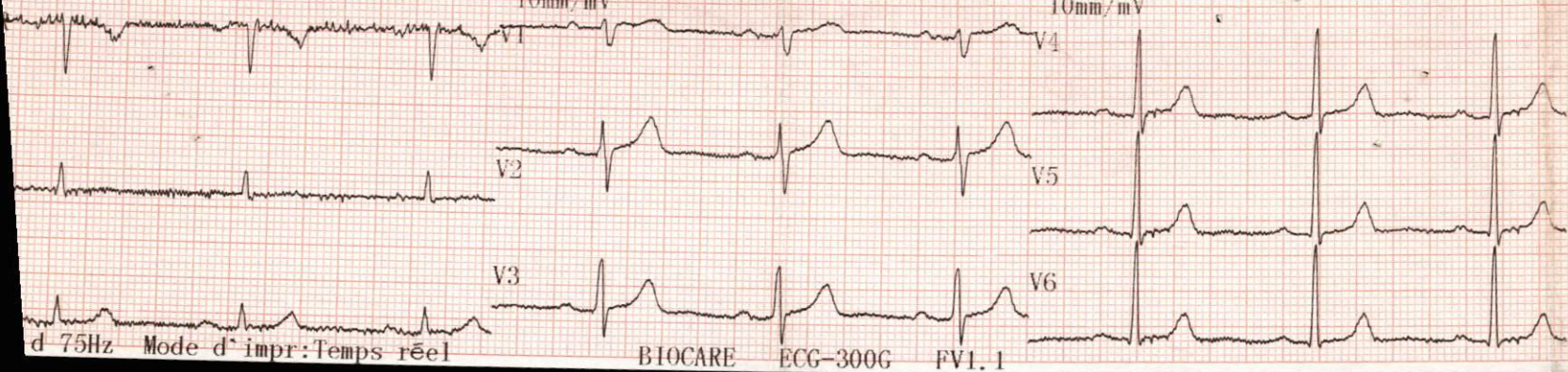
0mm/mV

10mm/mV

10mm/mV

2021-2-26 13:00

Auto ID:02464



Fréq. Ventricul.	59 ppm
Intervalle PR	214 ms
Duration QRS	84 ms
Intervalle QT/QTc	381/ 378 ms
Axe P/QRS/T	46/ 36/ 53 °
Tension RV5/SV1	1.41/ 0.28 mV
Tension RV5+SV1	1.69 mV

Rapport non confirmé revu par :

d 75Hz Mode d'impr: Temps réel

BIOCARE

ECG-300G

FV1.1