

# 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.

## Diologie 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.

## Maladie :

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- 060628

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02318 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAROUCHA Amine

Date de naissance : 21/07/1980

Adresse : lot Atadame Rue 1 IM80

APS ouille CASA

Tél. : 0661879315 Total des frais engagés : 476,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellah SAMI  
Professeur de Neurochirurgie  
44, rue des hôpitaux (face aux urgences  
Ibn Rochd Morizgo) - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 42

Date de consultation : 10/09/2020

Nom et prénom du malade : HAROUCHA Amine Age :

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

Nature de la maladie : L1

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 : CASA Le : / /

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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10.09.21        | 2                 |                       | 30000                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE NAGUIB</b><br>Dr Naguib Nadia<br>334, Bd. Oued Daoura<br>Oulfa - Casablanca<br>Tél : 05 20 00 25 95 | 10.09.21 | 476,80                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

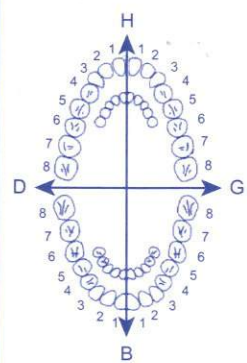
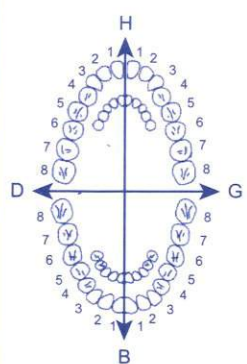
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

# Docteur Abdelillah SAMI

Professeur de Neurochirurgie  
à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Spécialiste des Maladies du Cerveau  
et de la Colonne Vertébrale  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de la Bretagne Occidentale - France



الدكتور عبد الإله السامي

أستاذ في جراحة الدماغ  
و الأعصاب و العمود الفقري

حاصل على شهادة جراحة الدماغ  
و الأعصاب ببريطانيا الغربية بفرنسا

Casablanca, le 10.9.22 في الدار البيضاء،

Docteur Abdelillah SAMI  
Professeur de Neurochirurgie  
44, rue des hôpitaux (face aux urgences)  
Ibn Rochd Morizgo) - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 42

R HAROUCH. A

169,80 - 1- STUF 10mg (56,60x3)  
repte 3 fois (S.V. 3 fois)

79,00 2- Paraf 15mg  
repte 3 fois (S.V. 3 fois)

30,00 3- ofes 1c ptem 3 fois  
(S.V.)

198,00 4- Noocept 1c  
Appl 2 fois par jour (S.V.)

476,80

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadia  
334, Bd Oued Daouira  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 20 00 25 95

Docteur Abdelillah SAMI  
Professeur de Neurochirurgie  
44, rue des hôpitaux (face aux urgences)  
Ibn Rochd Morizgo) - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 42

LOT 210384  
EXP 12/2023  
PPV 30.00DH

79,00

LOT: 21E002  
PER.: 05/2025  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
118000 061465

LOT: 20E005  
PER.: 05/2024  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60

118000 061465

LOT: 20E005  
PER.: 05/2024  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60

118000 061465