

## 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.

### Radiologie 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.

### 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

- Reclamation : [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)

La 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  
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° M21- 0034742

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7392 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. MOUTI Souad

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0658573246 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2022

Nom et prénom du malade : M. MOUTI Souad Age : 60

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AL - NC

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/06/22        |                   |                       | Q=3000D8                        |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr. Adnane B. OULFA                    | 10/06/22 | 99,20                 |
|  | 10/06/22 | 30,40                 |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

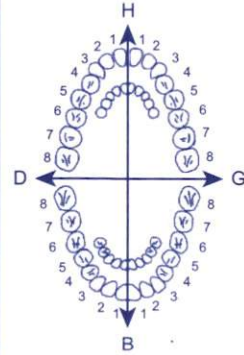
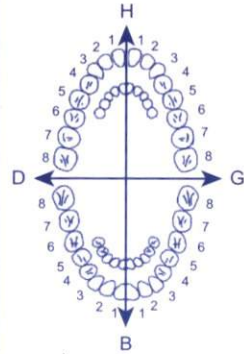
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|---|---|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|    |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                  | H           |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | B   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]  |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |          |          |          |          |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



صيدلية أم الربيع

PHARMACIE OUM ERRABII

49 Bd Oued Oum Errabii

Hay Hassani Casablanca

Tél. 022.90.88.72

FACTURE N° 04110

V/C N° :

Client :

Casablanca, le :

Quantité

DESIGNATION

P.U.

GRISEO® 5%

PPV 10DH70  
EXP 01/2024  
LOT 0D033 3

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Adnane BIDA

49, Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI,  
EL OULFA - CASABLANCA Tél. 05 22 90 88 72



# Docteur Salwa OUMARI

## NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,  
du Nerf et du Muscle

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



# الدكتورة سلوى عماري

طبيبة إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
- مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد
- أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

2022/06/06

Mr MOUTI SOUND



09.20

1/ Nupentin

0 - 0

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale



PHARMACIE OUMERRABII

Dr. Adnane BIDAH

49. Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI  
EL OULFA - CASABLANCA Tél. 05 22 90 86

10018

14

3

10018

PHARMAGIE OUM ERRAH  
Dr. Admane DIDAH  
49. Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI  
EL OUELA - CASABLANCA Tel. 05 22 90 86 7.

Mr. Merrill Jr  
a c x 2

12/1/00

15 Dec 15 00:00  
15 Dec 15 00:00  
15 Dec 15 00:00