

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : 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 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° P19-0029053

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1964 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIKI ABDELLOH

Date de naissance : 1956

Adresse : Habituelle

Tél. : 0649 12 2778 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2022

Nom et prénom du malade : NAZIKI ABDELLOH Age :

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

Nature de la maladie : insuffisance cardiaque

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) :



# 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
31/08/2022		Cent	300,00	
12/09/2022				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABU ZAID S.A.R.L. Rue 36 N°04, Massira 2, Bourmazel Tél 0522 70 22 84 0522 71 30 79	31/08/2022	1638,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

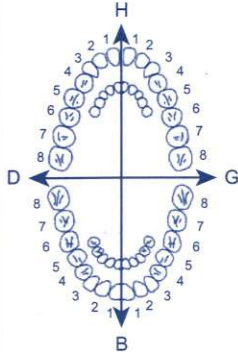
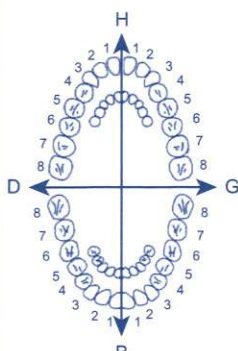
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Youssef jarmoune

Cardiologie Adulte - Enfant

- Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien praticien du CHU de La Timone -
- Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrie
- Diplôme d'Echocardiographie Adulte de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Membre de l'European Association of Cardiovascular Imaging
- Diplôme d'ETO - American Society of Echocardiography

UT. AV. :

P.P.V

LOT N°:

01 2025  
103 40  
FW7216

09366138/3

UT. AV. :

P.P.V

LOT N°:

01 2025  
103 40  
FW7216

09366138/3

Mr. NAZIHI ABDELAZIZ

TAHOR 40MG 28 CPS  
P.P.V : 159DH90

S.A. Jarmoune

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 21E007  
PER. : 09 2025LOT : 21E007  
PER. : 09 2025STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 21E007  
PER. : 09 2025STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 21E007  
PER. : 09 2025STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 21E007  
PER. : 09 2025STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 21E007  
PER. : 09 2025

1/ TAHOR 40 MG 1/2 cp le soir 03 mois

2/ TRIATEC 10 MG 1/2 cp le matin 1/2 soir 03 mois

3/ CO PLAVIX 1cp par jour le MIDI 03 MOIS

4/ STILNOX 10 MG 1/2 cp avant de dormir 20 min ou zolpidox 10mg

5/ S CITAP 5 MG 1cp le matin 03 mois

6/ VASTAREL 80MG

IGEL/J JOUR ARRET 24 H AVANT OPERATION

7/ SEDATIF PC

1cp x3/ jour 01 mois

PHARMACIE ABOU ZAID  
S.A.R.L  
Rue 36 N°04, Massira 2, Bournazel  
Casablanca  
Tel : 0522 70 22 22 - 0522 71 30 79Dr. JARMOUNE  
Cardiologie adulte - Pédiatrie  
et Congénitale Urgence  
Tel : 06 17 42 92 21Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH

6 113001 082018

Lot :

M8010202

CIP: 3400931233679

Exp. :

01/2023



Lot :

M8010202

CIP: 3400931233679

Exp. :

01/2023





BOTTU SA  
PPV : 45 DH 50

Ét  
Troubl

Sér

BOTTU SA  
PPV : 45 DH 50

Trou

Sé

207,00

207,00

PHARMACIE - ÉQUIPEMENT