

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007350

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2243 Société : RAM 139615  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NACHIT Abderrahmane  
 Date de naissance : 27-02-1957  
 Adresse : Rue 2 n°4 Hay EL Houda  
Berrechid  
 Tél. : 0861528854 Total des frais engagés : 1271,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 17/11/2022  
 Nom et prénom du malade : SIRISSANE A22A Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : 01/12/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019

### 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)

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](http://www.mupras.com)



# 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
11/11/22	CS, Ec	1	250.00	Dr. KHADRE MOHAMED TOUNES CARDIOLOGUE 11 - Bd Med V, 19 Etage, Bureau N°16 BERRECHIDJ Tél: 05 22 32 83 03 - 05 22 32 83 04

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Mosquée Riad Dr. Siham TAMIR N°: 1-2 Mosquée Riad Tél: 05 22 33 88 22	17/11/22	13340
Pharmacie Mosquée Riad Dr. Siham TAMIR N°: 1-2 Mosquée Riad Tél: 05 22 33 88 22	20/11/22	78850

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires


# AUXILIAIRES MEDICAUX

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


# 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 canalaires, 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 CCEFFICIENT 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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. KHADRE MOHAMED FOUAD**

Cardiologue Interventionnel

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

أخصص القلب التداخل

أخصص أمراض القلب والأوعية الدموية

أخصص كلية الطب بالطريق البسيط

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالطريق البسيط

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجو بفرنسا

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

**BERRECHID LE 17 novembre 2022**

**Mme OIAKHSSASSE Aziza**

### REGIME PAUVRE EN SEL

#### VALPHI 80MG

1 Cp/J matin à jeun

#### MONMAG B6

1 GEL/J le soir

#### SEDATIF PC

2gel x3/j pendant 15 jours

Pharmacie Mosquée Riad  
Dr. Siham TAMAIR  
N°: 1-2 Mosquée Riad  
Tél: 05 22 33 06 22  
Fax: 05 22 33 06 22

L 000462  
P 03/25  
87,90 DH

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**  
**CARDIOLOGUE**  
11 - Bd Med V - Casablanca, Berrechid  
Tél: 05 22 32 32 32

**BOTTU SA**  
**PPV: 45 DH 50**



**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

فحص القلب التداخل

أخصائي أمراض القلب والشرابيين

خريج كلية الطب بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لوذشيلد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدك من جامعة بورجو بفرنسا

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

**BERRECHID LE 30 novembre 2022**

**Mme OIAKHSSASSE Aziza**

LOT : 012  
PER : JUL 2024  
PPV : 95 DH 00

LOT : 012  
PER : JUL 2024  
PPV : 95 DH 00

### REGIME PAUVRE EN SEL

**VALPHI PLUS 80/12.5MG**

1 Cp/J matin à jeun

**MONMAG B6**

1 GEL/J le soir

**SEDATIF PC**

2gel x3/j pendant 15 jours

**D-CURE FORTE**

1 AMP/15jours pdt 2mois  
puis 1 AMP/mois pdt 3 mois

Traitement pendant : 3 Mois

L 000462  
P 03/25  
87,90 DH

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H01  
EXP: 08/2025

**BOTTU SA**  
PPV: 45 DH 50

**BOTTU SA**  
PPV: 45 DH 50

N°11, Boulevard Mohamed V Bureau N°1, 1<sup>er</sup> étage - Berrechid

Tél. : 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33 - En cas d'urgence. : 0661 85 14 80



L 3222  
P: 11/25  
PVC: 87.90 DM

V5/10/92