

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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- 061586

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6193 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BAYDOURI KAMAL  
Date de naissance : 19/07/81  
Adresse : Quartier de l'Horloge A1 2870  
pro rue Dm 29 Ap 11 Cas  
Tél. : 0661339012 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur EL KABLI H.  
Clinique Mers Sultan  
Médecine Interne  
INPE : 091031336

Date de consultation : 9/12/2022  
Nom et prénom du malade : Kamel Baydouri Samir Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cancer mélanomique  
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 Soins
9/19/12	C2		400 DH	Professeur EL KABLI H. Clinique Mers Sultan Médecine Interne INPE : 091031336

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/19/12	1238,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

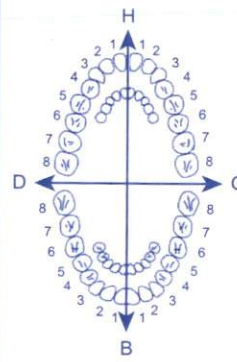
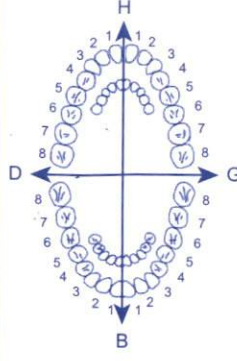
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] 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

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement  
Supérieur  
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي  
الطب الباطني

Casablanca, le 9/12/22 في الدار البيضاء،

Mme Dhimi Baydoun Samiha

1) Mylophenolate Myfett 500

1040.00

14 x 2/1 x 3 mm  
(2080 x 5)

2) Cloveram 5 15

14/1 x 3 mm

(2280 x 5)

114.00

3) Colbimyl 5 14/1 x 3 mm

4) Calupix 13 14/1 x 3 mm

(2830 x 3)

5) Exagyl 250 14/1 x 3 mm

6) Avler 14/1 x 1 mm

RN 3 mm

1238.90

PHARMACIE PHARMA  
Ingile Place 2777 - 28 05 86  
Casablanca 2777 - 28 05 86  
Tél: 34647277 - Fax: 34647277  
E-mail: hassanelkabli@gmail.com

Professeur EL KABLI H.  
Clinique Mers Sultan  
Médecine Interne  
N°PE: 091031336

64, Bd. Omar El Khrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca  
Tél: 05 22 27 02 79 - Fax: 05 22 26 79 42 - GSM: 06 61 16 72 74



208,00

**COVERAM®**  
5 mg/5 mg

comprimés  
Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés

SERVIER

**COVERAM**  
5 mg/5 mg

comprimés  
Péridopril arginine / amlodipine

208,00

**COVERAM**  
5 mg/5 mg

comprimés  
Péridopril arginine / amlodipine

208,00

**COVERAM®**  
5 mg/5 mg

comprimés

208,00

208,00

**COVERAM®**  
5 mg/5 mg

comprimés  
Péridopril arginine / amlodipine

LOT : 22E002  
PER: 01 2025

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 118000 060345

LOT : 21E008V  
PER: 10 2024

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 118000 060345

LOT : 22E002  
PER: 01 2025

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 118000 060345

LOT : 22E002  
PER: 01 2025

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 118000 060345

LOT : 21E008V  
PER: 10 2024

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 118000 060345

**Cortancyl 5mg**

30 Comprimés sécables

**Cortancyl 5mg**

30 Comprimés sécables

**Cortancyl 5mg**

30 Comprimés sécables

**Cortancyl 5mg**

30 Comprimés sécables

**Cortancyl 5mg**

30 Comprimés sécables

20 comprimés à 250 mg

**EXACYL®**  
(ACIDE TRANEXAMIQUE)

228,30

20 comprimés à 250 mg

**EXACYL®**  
(ACIDE TRANEXAMIQUE)

228,30

20 comprimés à 250 mg

**EXACYL®**  
(ACIDE TRANEXAMIQUE)