

# 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

M23-000853

157047

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

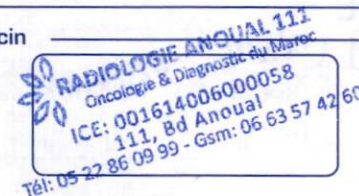
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SKALI FAROUK  
Date de naissance : 1946  
Adresse : FARAH SEIFH Residence El Hand  
Tél. 0644282498 Total des frais engagés : 436,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : SKALI FAROUK Age: 76  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ABU ZAID</b> S.A.R.L. Rue 36 N° 04, Massira 2, Bournazal Casablanca Tél: 0522 71 30 79 Fax: 0522 71 30 79	08/04/2023	374,00
<b>INPE</b> 07/04/23		62,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

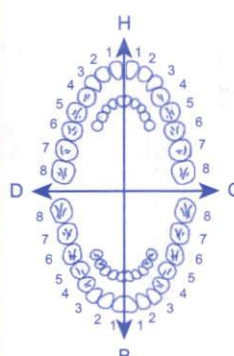
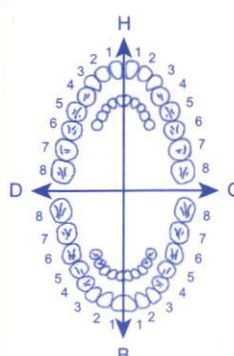
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

le 08/04/2023

Mr. SKALI FAROUK.

187,002 - Dmipc fine 300



374,00

100 ml



**RADIOLOGIE ANOUAL 111**

Oncologie & Diagnostic du Maroc

ICE: 001614806000058

111, Bd Anoual

Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

**PHARMACIE ABOU ZAID**

S.A.R.L

Rue 26 N°94 Massira 2. Bournazel  
Casablanca

Tel 0522 70 22 84 Fax 0522 71 30 79

**INPE**  
**092001197**



**CASA LE 07/04/2023**

**MR. SKALI FAROUK**

22,00  
**CLARTEC CP**

LOT : 5386  
 PER : 12 - 25  
 P.P.V : 22 DH 00

**EFFIPRED® 20 mg**

PRU 40DH00/  
 EXP 11/2025  
 LOT 20018/22

1 CP veille de l'examen *matin*  
 1 Cp le jour de l'examen au matin

40,00  
**EFFIPRED EVERVECENT 20 mg**

1 CP le jour de l'examen le matin  
*la veille*


**RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
 Oncologie & Diagnostic du Maroc  
 ICE: 001614006000058  
 111, Bd Anoual  
 Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

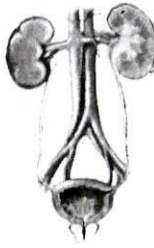


Dr. Badredine DASSOULI

Chirurgien-Urologue

Reins, Vessie, Prostate

Uroscopie, Lithotripsie, Incontinence urinaire  
Infertilité, Organes génitaux



الدكتور بدر الدين داسولي

اختصاصي في امراض و جراحة

المسالك البولية و التناسلية

الكلبي، المثانة، البروستات

الجراحة بالمنظار، تكسير الحصى بالأشعة

السلس البولي، العجز الجنسي، العقم، الجهاز التناسلي

Casablanca, Le : .....: الدار البيضاء، في :

Le : ven. 31/03/2023

SKALI Farouk

Me 7/1/24

Douleur pelvienne

uroscanner

Dr. B. DASSOULI  
Chirurgien Urologue  
دكتور بدر الدين داسولي  
اختصاصي في المسالك البولية والتناسلية