

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M22- 0056010

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA  
Date de naissance : 04/07/54  
Adresse : Lot Camita Rue 2 n°43 Hay  
Kremat  
Tél. : 0662014171 Total des frais engagés : 1043,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 26/05/2023  
Nom et prénom du malade : SLAMNI Rachida Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Neurologique  
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 : Casa Le : 26 / 05 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
26/05/2026	C3		400	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

092006048

INPE

PHARMACIE AL IMAM MALL  
Dr. MEDDAH Moured  
Hay Lakemat, Rue 28, N° 64  
Casablanca  
Tél.: 05 22 21 33  
GSM: 06 61 08 55 05

26/6/2023

643,2

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

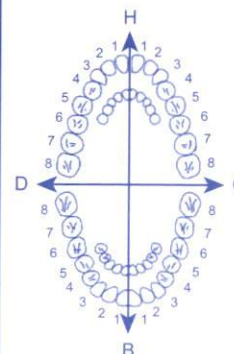
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur AMRANI FOUAD

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49, Avenue 2 Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage  
(à Côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca

Tél 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez- vous

الدكتور العمراني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض و جراحة  
الرأس، الدماغ، الأعصاب و العمود الفقري

الكبار و الصغار

49، شارع 2 مارس الطابق الأول

(قرب ثانوية، محمد الخامس Snack pomme de pain) الدار البيضاء

الهاتف: 06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64

بالموعد

Casablanca, Le 26/05/2023 في الدار البيضاء

Mme SLAMNI Rachida

LOMBOSTAT ORTHOPEDIQUE

GAPREX 75

0. 0. 1

VITANEVRIL F

1. 0. 2

ARCOXIA 90

1 comprimé soir Si douleurs

IXOR 20

0 0 1 avec ARCOXIA

RELAXIUM 300 B6

0. 0. 1

DULASTAN OU DUOXOL

2 0 2 douleurs

UROSTAT 5

0. 1. 1

AINAT

1 0. 0

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 4 MOIS

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 20/09/2023 POUR CONSULTATION +  
RADIO

LOT 224853  
EXP 10/25  
PPV 204DH0

VITANEVRIL® FORT

30 comprimés pelliculés

Arcoxia 90 mg

14 comprimés

PPV: 268,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 453/16DMP/21/NT0

6 11800 160051

PPV: 62DH7Q  
PER: 02/26  
LOT: M495

LOT: 220642  
PER: 08/2025  
PPV: 79,50DH

E-mail : amrani@neurochirurgien-amrani-maroc.com / Site Web : www.neurochirurgien-amrani-maroc.com

En cas d'urgence : 05 22 86 02 07 / 06 25 14 93 25 / 06 49 50 45 34

**Professeur AMRANI Fouad**

**Neurochirurgien**

**Electroencéphalographie - Epileptologie**

49, Avenue 2 Mars, Résidence les Roseaux - 1er étage  
(à côté du lycée Mohammed V et Snack Pomme de pain) - Casablanca

Tél : 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

ICE : 0017033060000087 INP : 091011049 IF: 4380772 P:33657753

## **NOTE D'HONORAIRE**

**Date : 26/05/2023**

**N° : 23050179**

**MUPRAS**

**Mme SLAMNI Rachida**

**EXAMEN**

Consultation

**MONTANT**

400,00

**Total : 400,00**

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **QUATRE CENTS DIRHAMS**

Professeur AMRANI F.  
Neurochirurgien  
49, Avenue 2 Mars, Résidence les Roseaux - 1er étage - Casablanca - Tél : 05 22 26 58 01  
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48