

## 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

- 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- 0025439

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4517 Société : DAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : YAHIA KHALID  
Date de naissance : 29/06/1962  
Adresse : 2 RUE AIT MELLOUL AVENUE ZERHOUNE Rabat  
Tél. : 0661197536 Total des frais engagés : #433,60# Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GUERRAOU Jawad  
Spécialiste en Cardiologie et  
Maladies Vasculaires  
INPE : 101068369  
Tél : 06 61 16 17 94

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : AZZAMANI ISMA Amel Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dyslipémie - Tachycardie Sinusale  
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Dyslipémie  
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 : Rabat Le : 21/07/2023  
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
23/06/2023			7350,00	GUERRAUI Jawad Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires INPE: 101068369 Tél: 06 61 16 17 94

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Benjelloun Dr BENJELLOUN SONIA Av Zerkoun Sidi El-Habab Tél: 05 37 63 68 64 INPE: 102015153	23/06/23	83,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

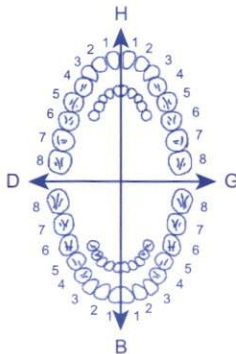
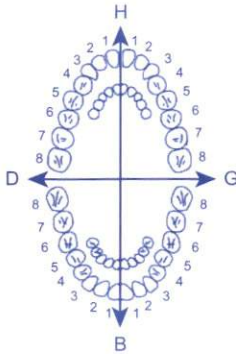
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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 colspan="2">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 colspan="2">B</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

Clinique les Ambassadeurs

Clinique Multidisciplinaire

٦٠٨٠٥٤٦ | ٤٢٥٢٠٨١



مصلحة السفراء

مصلحة متعددة الاختصاصات

٦٠٨٠٥٤٦ | ٤٢٥٢٠٨١

## Ordonnance

Rabat le : 28/06/2023

Mme AZZAMINI INDA Amel :

41.80 x 2  
83.60  
+

for bendryl 40

Osmint -

Lot : 22E009  
PER : 10 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80



DR. BENJELLOUN SONIA  
3, Av Zerkoun Souissi-Rabat  
Tél : 05 36 63 68 64  
INPE : 192015153

Lot : 22E009  
PER : 10 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80



DR. GUERRAOU Jawad  
Spécialiste en Cardiologie et  
Maladies Vasculaires  
INPE : 101068369  
Tél : 06 61 16 17 94

R 83.6

Lot. N° 3, Lotissement Al Houda Souissi - Rabat - Tél. : 05 37 75 49 93 - 05 37 75 56 55

Fax : 05 37 75 59 55 Gsm : 06 61 99 15 99 - E-mail : accueil@clinique-les-ambassadeurs.ma

C.N.S.S : 4255007 - Identification Fiscal : 15183681 - Patente : 25950303 - ICE : 001602765000052

CLINIQUE LES AMBASSADEURS  
MEDICO-CHIRURGICALE-  
LOT.N°3, AL HOUDA SOUSSI  
RABAT

## Reçu de caisse

Médecin : DR. GUERRAOUI JAWAD

N° : 2306231600301510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230623155153ME-001	AZZAOUI IHDA AMAL	23/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : HOURIA





QRS 68 ms  
QT / QTcBaz 358 / 442 ms  
PQ 188 ms  
P 126 ms  
RR/PP 654 / 652 ms  
P/QRS/T 52 / -12 / 25 degrés

Rythme sinusal normal  
ECG normal

Utilisé:  
Méd. requérant  
Méd. référant  
Méd. soignant

