

# 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

M22- 0012601

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7761 Société : 172103

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAQOUB LATIFI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0613627614 Total des frais engagés : 846,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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 : 07/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

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



# 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

7/8/27 846,6

## 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

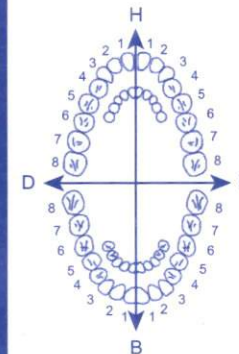
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

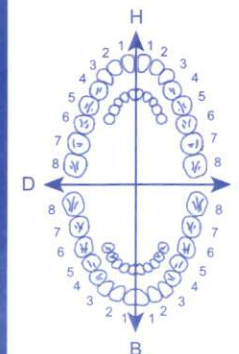
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur SOURAT Abderrahim  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DU COEUR ET VAISSEAUX  
CATHETERISEUR  
EX Attaché au service de  
Cardiologie CHU IBN SINA-RABAT



الدكتور سورات عبد الرحيم  
اختصاصي في أمراض القلب والشرابين  
اختصاصي في القسطرة  
طبيب سابق بمصلحة القلب والشرابين  
بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط

Sur Rendez-vous

بالميعاد

Kénitra, le 07-08-23 القنيطرة في

Handwritten notes and signatures in blue ink, including names like "Y A S m B", "Nahife", "T V A T A T A T", "Sindage", "Oedy", "W D M O N", "Cu R A R T i f u t e", and "N e a u m a n s". There are also some numbers and symbols like "2 3", "10750 x 3 = 32250", "99.27", "149.55", "846.60", and "100175497000053".



447, شارع محمد الخامس، القنيطرة - هاتف/ فاكس العيادة: 05 37 37 60 60 - Email: souratabderrahim@gmail.com  
Mohamed V-Kénitra - Tél./Fax Cabinet: 05 37 37 60 60 - Email: souratabderrahim@gmail.com

INPE: 00175497000053 - INPE: 051130995



107,50

LOT : 23E001  
PER.: 10/2024

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

107,50

LOT : 23E003  
PER.: 01/2025

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

107,50

LOT : 23E005  
PER.: 09/2024

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT 211483  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

LOT : 221590  
EXP : 12/2025  
PPV : 99.00DH

PPC: 149,50 DH

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :

curarti forte®  
comprimé

315250  
10/2024

NEOVIMAG®  
MAGNESIUM MARIN - VILBS  
300 mg

Lot :  
A consommer avant le :  
PPC: 84.50 DH