

## 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

- 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 prothèse.

- 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](http://www.mupras.com)



## Declaration de Maladie

Nº W21-794101

N.W21-754101  
Al 5111 122687

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	05111	Société : A.M.A	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		KABBAJ Makima	
Date de naissance :		22.19.1954	
Adresse :			
Tél. :		0661410154	
Total des frais engagés			
<p style="text-align: center;">Docteur Mostafa SKALLI</p> <p style="text-align: center;">CARDIOLOGUE CAS BLANC</p> <p style="text-align: center;">400, Bd. Brahim Roudani - Tel: C. 022 23.17.41 - Fax: 022 22.55.13</p> <p style="text-align: center;">GSM: 061 13.22.53</p>			
Dh			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 23/06/2023			
Nom et prénom du malade : Dr Benjelloun Fouzia Hédi Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____			
<p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p</p> <p style="text-align: center;">MUPRAS</p>			

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 27/04/02

**Signature**

1998-1999 学年第一学期 期中考试

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 <b>PHARMACIE DU PHE</b> 6, rue de la Béchirie 1000 Casablanca Maroc Tél: 0522 207 718 Fax: 0522 207 718	29/5/23	6.72.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	D	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	G			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	B			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Mostafa Skalli

**Spécialiste des Maladies  
du Coeur et des vaisseaux  
ECHOGRAPHIE – DOPPLER  
EPREUVES D'EFFORT – HOLTER**

## Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine de CASABLANCA

الدار البيضاء، في ..... ٢٩ / ٥٦ / ٢٠٢٣ ..... Casablanca, le .....

Te Burjhau Pauh Haki

① C. Icaro 100/20

$$\begin{array}{r} 134,30 \times 3 \\ \hline 39,90 \times 3 \end{array}$$

2 After  14 Jan

3, 110 X3  
Dr. Mostafa SKALLI  
400, Bd. Brahim Roudani - C.P. 223.17.41 - Tel. 01 32.22.2200  
GSM: 061 13.22.53  
C. 022 19.19.88 69 19. F. 10 Avenue

PHARMACIE DU  
PARC  
ICE : 00083097  
14, Avenue du Phare -  
Tél : 0522 26 68 19 - Fax : 0522 26 68 20

الدكتور مصطفى الصقلبي

## الختام

أستاذ سابق بكلية الطب  
والمعهد الصحي الجامعي ابن رشد  
بالدار البيضاء

الدار البيضاء، في.

39,50

39,90

49,140

Hg, Hg

49,40

suivre le m<sup>e</sup>  
jusqu'à procha

400، شارع ابن اهيم الرو丹ي، (اقامة الرودان) - البيضاء - الهاتف ع : 41 17 23 22 05

400, Bd Brahim Roudani (Résidence Roudani) – Casablanca

المحمول : 06 6113 22 53 | GSM : 06 6113 22 53 | E-mail : mostafaskalli@gmail.com - Tel. C. : 05 22 23 17 41 | Casablanca

LOT : 230030  
EXP : 02/2026  
PPV : 134,30DH

LOT : 230030  
EXP : 02/2026  
PPV : 134,30DH

LOT : 230030  
EXP : 02/2026  
PPV : 134,30DH