

# 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

M23-0027140

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL AMRANI TOUÏEY Abdelilah  
Date de naissance : 11/12/1953  
Adresse : VILLA 7 Le Fassement TOURIA BOUSKOURA  
CENTRE CASABLANCA  
Tél. : 0661525001 Total des frais engagés : 751 MW 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 : 5.0

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 : 4 / 1 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
02/01/24	65	01	1000.4	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fourgon	Date	Montant de la Facture
	02/01/24	651.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

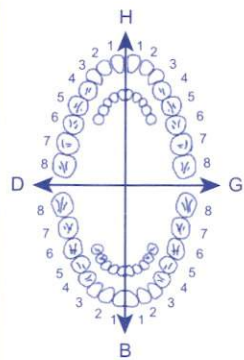
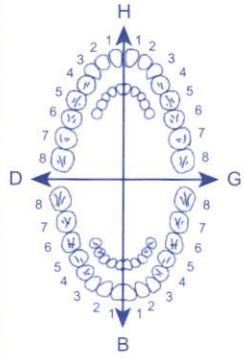
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SAFAA SALMI

Omnipraticienne  
Médecin Esthétique

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ex Médecin Interne à l'hôpital  
Moulay Youssef et Sidi Othmane  
Agrée par le Ministère de Santé  
pour le Certificat du permis de Conduire



الدركتورة صفاء سالمى

طبيبة عامة  
طبيبة تجميل

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى  
مولاي يوسف و سيدي عثمان  
مرخصة من طرف وزارة الصحة  
لشهادة رخصة السياقة

Bouskoura le : 02/01/2021

Mr ER Amrani Souley  
Abdelilah.

16700

1) Neoclav 1g

15 x 21 - 1 pot

57460

2)

Neo pres 20

2 x 21 - 3 pots

15170

3)

Goplen 1g

1 x 21 - 3 pots

14450

4)

Eugol 20

1 - 0 - 1 pot

LOT : 6562

PER : 08-25

P.P.V : 167DH00

NEOPRED<sup>®</sup>

20 mg

PPV : 37,40 DH

6 118000 191919

LOT : 23E019  
PER : 04/2025

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70

6 118000 060901

LOT: 3162

PER: 03-26

PPV: 144DH50

Rés. Rachidi : Appt 2, 12ème étage - Centre Bouskoura (en face de la poste et la Gendarmerie)

إقامة الرشيدى : رقم 12 الطابق الثاني مركز بوسكورة ( أمام البريد و الدرك الملكي )

Tél : 0522 78 11 59 - E-mail : dr.salmisafaa@gmail.com

5238100  
Rozat 20

0 - 0 - 1 pth

PPV: 238DH00  
PER: 05/25  
LOT: M1621-2

48,40  
(6)

Gav: 500 n. Sep

daac x 3

Reckitt Benckiser Healthcare  
Gaviscon Advance, l'épée et le ce  
Utiliser dans les 6 mois après d  
AMM N° 08R1/2020 DMP/21 N  
PPV: 48 DH 40

Pharmacie MARIA SARI  
L. Lebeze  
AKKARI  
Pharmacie  
12 - 2ème Etage  
Rue de la République - 13005 Marseille

Pharmacie MARIA SARI  
L. Lebeze  
AKKARI  
Pharmacie  
12 - 2ème Etage  
Rue de la République - 13005 Marseille

Pharmacie MARIA SARI  
L. Lebeze  
AKKARI  
Pharmacie  
12 - 2ème Etage  
Rue de la République - 13005 Marseille