

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053321

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7761 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : YAOUB LATIFA  
Date de naissance : 03/01/1963  
Adresse :  
Tél. : 0613627614 Total des frais engagés : 682,20 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 :  
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 :  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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

9/10/134

Dr. Abderrahim SOURAT  
Cardiologue Interventionnel  
447 avenue Med V. Kénitra  
Tél: 05 37 37 60 60  
INPE: 051130995

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/10/134

686,20

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

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

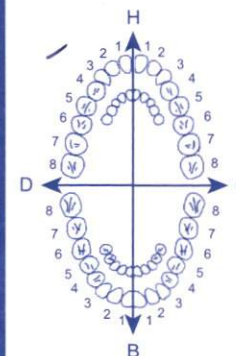
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

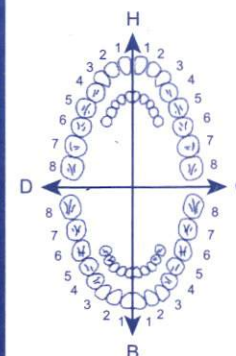
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

# CABINET DE CARDIOLOGIE

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



الدكتور سورات عبد الرحيم

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

اختصاصي في القسطرة

طبيب سابق بمصلحة القلب والشرايين

بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط

Sur Rendez-vous

بالميعاد

Kénitra, le

القنيطرة, في

09 - 1 - 24

Dr. Sourat

102.10 x 3 = 306.30

x 3 m

TRITANT

5/24

167.00

Exerton

mb

mb

ut e

mb

45.80

Enroulé

79.80

Fito polin

35.70 x 2 = 71.40

1 Enroulé

mb

686.20



447, شارع محمد الخامس. القنيطرة - الهاتف/ الفاكس: العيادة: 05 37 37 60 60

447 Avenue Mohamed V - KENITRA - T / Fax : Cabinet : 05 37 37 60 60 - E-mail : Abderrahimsourat@gmail.com



Tritazide® 5mg/25mg

107,50



107,50



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot: 220712  
A consommer  
de préférence avant le: 07/2025  
PPC: 79,50 DH

107,50



LOT: 23E007  
PER: 04/2025  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT: 23E008  
PER: 04/2025  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

ENROUEX®

10 comprimés à sucer



LOT 23.025/FC31  
04/2025 PPC 45,80  
alimentaire n'est pas un médicament  
avant: stéarate de magnésium  
édulcorant: saccharose; acésulfar  
rôme citron, arôme menthol.



5 000456 037891

AstraZeneca

Maphar  
Bd Alkhalifa N° 6, 01  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg 58 Pellet b30  
P.P.V: 187,00 DH  
6 118001 183111



183111

يجب حفظ  
محموب  
اقرأ النشرة  
احفظ الدواء  
30 درج  
احفظ الدواء