

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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



203261

Déclaration de Maladie

M23- N° 0043946

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 085701 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve

Nom & Prénom : BERRIL FATMA

Date de naissance : 1942

Adresse : 5 km 26 N° 20 Hay Hassan CASABLANCA

Tél. : 06 61 20 92 24 Total des frais engagés : 1613,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/03/2021

Nom et prénom du malade : BERRIL Fatma Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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.

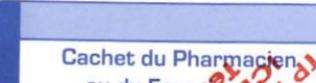
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

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
26/3/2011	2000 S. P. 1000 (1000)		400 DH	<p>INP : 091130922</p> <p>Dr. Saad Boumalal</p> <p><del>Professeur de Cardiologie</del></p> <p><del>Prof. Mostafa El Maani</del></p> <p>356, RUE CASABLANCA</p> <p>2011 03 26 17 30</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/03/2024	1213.40

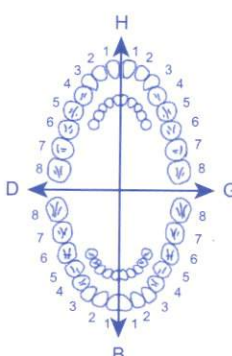
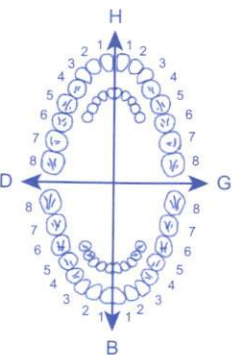
[illegible][illegible]

## 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 style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Dr. Mustapha Oudrhiri  
الدكتور المصطفى ودغيري

CABINET DE MEDECINE INTERNE ET DE GÉRIATRIE  
عيادة الطب الباطني و طب المسنين

Casablanca, le.....

16/04/2024

MME BERHIL FATNA

114-70x2

1. Olediz 40 mg cp dispersible

1 cp matin avant le petit déjeuner pendant 01 mois



229,40

Dr. Mustapha Oudrhiri  
Spécialiste en Médecine  
Interne et en Gériatrie  
13 Rue de Rome - Casablanca  
Tél: 0522 26 22 46 / 0522 26 11 04

PHARMACIE CARITE SPRLAN  
29, Avenue Hassanane Soukian  
Casablanca - RC : 521287  
ICE: 002831126000060  
Tél: 0522 27 17 07  
TP : 35553688

INPE : 091165605

Ordonnance

Le 03/04/2024

Mr. (Mme.)

BERHIL Fatma

**LABORATOIRE HAY HASSANI**  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Biologiste  
RDC Imm. 828 Bd. Ibn Sina Hay Hassani  
Tél: 05 22 89 69 87 / 05 22 93 32 21  
Fax: 05 22 93 99 99

ECU

Test respiratoire au Carbut 13  
marqué à la recherche d'HP

Dr. Mustapha Oudrhiri  
Spécialiste en Médecine  
Interne et en Gériatrie  
13 Rue de Rome - Casablanca  
Tél: 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04  
Cachet du médecin

# Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

Bechir

Casablanca, le

26 MAR. 2024

Fabre

5687 Alactone 50

975073 1/2 q le matin a jeun

138773 ZANIT 10 - 4

138773 ZAR 10

43873 civastone 10

89772 Coronal 6, 2

89772 CORPATIONE 1

356. زنفة مصطفى المعاني (قرب زنفة أكابر) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maani (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922

27-70x3

OLETIZ 100 mg comprimés gastro-résistants Boîte de 4

ANM N° 186200521/TR/CM/AX003

P.P.V. : 114 DH 70

LOT : 236002V

PER : 07 2026

6 118001 480050

CORDARONE 200MG

CP SEC 840

P.P.V. : 19DH70

LOT : 236002V

PER : 07 2026

6 118001 0661120

COPDARONE 200MG

CP SEC 840

P.P.V. : 89DH70

LOT : 236002V

PER : 07 2026

6 118001 0661120

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

Bayer S.A.

P.P.V. : 27,70 DH

LOT : 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

Bayer S.A.

P.P.V. : 27,70 DH

LOT : 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

Bayer S.A.

P.P.V. : 27,70 DH

LOT : 118001 090280

OLETIZ 100 mg comprimés gastro-résistants Boîte de 4

ANM N° 186200521/TR/CM/AX003

P.P.V. : 114 DH 70

LOT : 236002V

PER : 07 2026

6 118001 480050

PREZAR 100mg

Losartan

28 comprimés pelliculés

ANM N° 4419000041337

LOT : 118001 380237

CORONAT 6,25 mg

30 comprimés

LOT : 118001 380237

CORONAT 6,25 mg

30 comprimés

LOT : 118001 380237

CORONAT 6,25 mg

30 comprimés

LOT : 118001 380237

ALDACTONE 50mg

Losartan

28 comprimés pelliculés

ANM N° 4419000041337

LOT : 118001 380237

ALDACTONE 50mg

Losartan

28 comprimés pelliculés

ANM N° 4419000041337

LOT : 118001 380237

ZANIDIP 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

ANM N° 4419000041337

LOT : 118001 380237

ZANIDIP 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

ANM N° 4419000041337

LOT : 118001 380237

PREZAR 100mg

Losartan

28 comprimés pelliculés

ANM N° 4419000041337

LOT : 118001 380237

PREZAR 100mg

Losartan

28 comprimés pelliculés

ANM N° 4419000041337

LOT : 118001 380237

Pharmacie CAMILLE SARLAU  
29, Avenue Hassane Soukiani  
16000660

27-70x3

Pharmacie CAMILLE SARLAU  
29, Avenue Hassane Soukiani  
16000660