

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0059678

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN9@GMAIL.COM

Tél. : 066193876 Total des frais engagés : 832,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/03/2024

Nom et prénom du malade : KERDOUN MOHAMMED Age : 60

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 : ABA Le : 02/05/24

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
26-03-2024	Consultation	1	1	Dr. BERROUNE SOUMER CARTE D'IDENTIFICATION INPE : 104253821 Tél : 06 67 68 36 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HATIM AL MANZAH Km17, Commune AL Manzeh Route de Ain Aouda Tél : 0684 90 31 94 ICE : 0023623700000000 INP : 102075993	26/3/24	832,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr. BERROUINE Soukaina

- Spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires
- Cardiologue interventionnelle
- Lauréate de la faculté de médecine de Rabat
- Diplômée en Echocardiographie doppler de l'université de Bordeaux-France
- Ancienne interne des Hopitaux de Rabat et Paris- France
- Ancien médecin à l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat



عيادة امراض القلب و الشرايين

د. بروين سكيينة

- أخصائية أمراض القلب و الشرايين
- أخصائية في قسطرة القلب
- خريجة كلية الطب بالرباط
- حاصلة على دبلوم لخص القلب بالصدى بجامعة بوردو فرنسا
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات الرباط و باريس فرنسا
- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

26-03-2024

Dr. BERROUINE Soukaina
INPE : 101254021
Tél : 06 67 68 56 54

45 Ker down Mohammed!

$208,00 \times 4 = 832,00$ Loveram 5/5J

19/6/2024



PHARMACIE HATIM AL MANZAH
Km17, Corniche Al Manzeh
Rabat - Ain Aouda
Tél : 0664 90 31 94
ICE : 002362370000000
INPE : 102075993

1H 3 mois
Dr. BERROUINE Soukaina
CARDIOLOGIE
INPE : 101254021
Tél : 06 67 68 56 54



05 37 37 88 16



20 avenue Hassan II residence Hassan 2 dr.s.berrouine@gmail.com
bureau 11 1er étage KENITRA



كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبيين

55

30 حبة

 SERVIER

208,00

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبيين

55

30 حبة

 SERVIER

208,00

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبيين

55

30 حبة

 SERVIER

208,00

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبيين

55

30 حبة

 SERVIER

208,00