

# 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Prothèse :**

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.

Le 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**

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle 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.

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

N° P19- 0037978

ND 22996

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1954 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : CAMRANI OMAR  
Date de naissance : 06-07-1951  
Adresse : 57 Rue PERRONNE Aul 7 Lez VILLE  
Tél. : 0261582922 Total des frais engagés : 938,80 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 : 28 FEV 2020

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 : ACCUEIL Le : 10/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/2/2020	938,80

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis pointing left and the vertical axis pointing up. The origin is at the center of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISAS ET SACHETS DU PRATICIEN ATTESTANT

**valable 3 mois**

12.2 NOV 2019

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

  
**Dr. Saad SOULAMI**  
PROFESSEUR DE CHIROPATROLOGIE  
1356 Rue Mustafa El Maamari  
16105 Casablanca  
Tél: 0522 22 22 22 / 0522 22 22 36

PHARMACIE AL MASSIRA  
BENMOUSSA L OUAFAE  
51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE DINAND

Tél: 0522248054

Patente N°: 31202044  
N° R.C. : 191902  
Compte :  
CNSS : 1753377  
Id.Fiscale : 46204130  
ICE : 001642356000035

Le : 25/02/2020

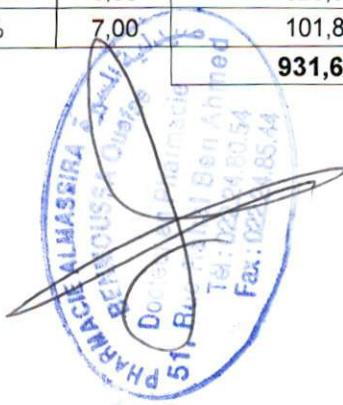
MR LAMRANI OMAR

FACTURE : 6718 du : 25/02/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AMLOR 5 MG 28 CP	89,20	89,20	0,00%
1	AMLOR 5 MG X56 CPMES	136,60	136,60	0,00%
5	ASPEGIC 100 MG SACHETS	21,80	109,00	7,00%
4	CIVASTINE 10 MG X 28CPMES	70,00	280,00	0,00%
4	TANZAAR 50 MG 28 CPS	81,00	324,00	0,00%
		<b>Total TTC</b>	<b>938.80</b>	
		Droits de timbre	0.00	
		<b>Net à payer</b>	<b>938.80</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **NEUF CENT TRENTÉ HUIT DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	829,80	0,00	829,80
7.00%	7,00	101,87	7,13	109,00
		<b>931,67</b>	<b>7,13</b>	<b>938,80</b>



70,00

PPV 70DH00  
PER 04/21  
LOT 11042

70,000 ↗

PPV 73DH00  
PP 04/21  
PP 01/20

**ASPEGIC 100MG**  
**SACHETS B20**  
**P.P.V : 21DH80**  
  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E003  
PER : 03/2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
 SACHETS B20  
 P.P.V : 21DH80  
 6 118000 061113

81,00

Lotn° :  
EXP  
PPV

81,000

Lot p° :  
EXP :  
PPV :

81,00

Lot n° :  
EXF :  
PPV :

81.00

The image shows a close-up of a white fabric surface with a faint, repeating pattern. Overlaid on the fabric are several color swatches arranged in a grid. The colors include various shades of grey, blue, and green. In the bottom right corner, the word 'TANZAZAR' is printed in a bold, black, sans-serif font. Above 'TANZAZAR', the word 'SOFT' is printed in a smaller, blue, sans-serif font. The overall appearance is that of a product label or a color chart for a textile brand.

UT.AV : 0 4 2 0 2 2 P.P.V.  
LOT N° : 1 2 7 2 2 4 8 9 2 0  
09366067/7

89,20

UT.AV : 07 2022 P.P.V.  
136 60  
LOT N°: 1278873 ✓  
136,60 ✓  
09366130/3

**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

Patient: SAAD SOULAMI

DMAR



**الدكتور سعد السلمي**

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

122 NOV 2019

Casablanca, le

Traitemen de:  
Trois (03) Mois

81,50 x 4

21. TAN 3.2 AAR

14 labes

89,50

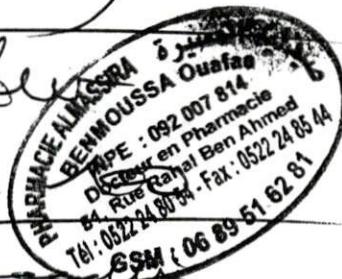
Traitemen de:  
Trois (03) Mois

~~SAAD SOULAMI~~  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Agadir - Maroc

21.80 x 4

Traitemen de:  
Trois (03) Mois

14 labes



Traitemen de:  
Trois (03) Mois

14 labes

~~SAAD SOULAMI~~  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Agadir - Maroc

356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail: [cabinetsoulami@gmail.com](mailto: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

Last: LAMRANI  
First: OMAR  
ID:  
DOB:  
Age: 0ans  
Sex:

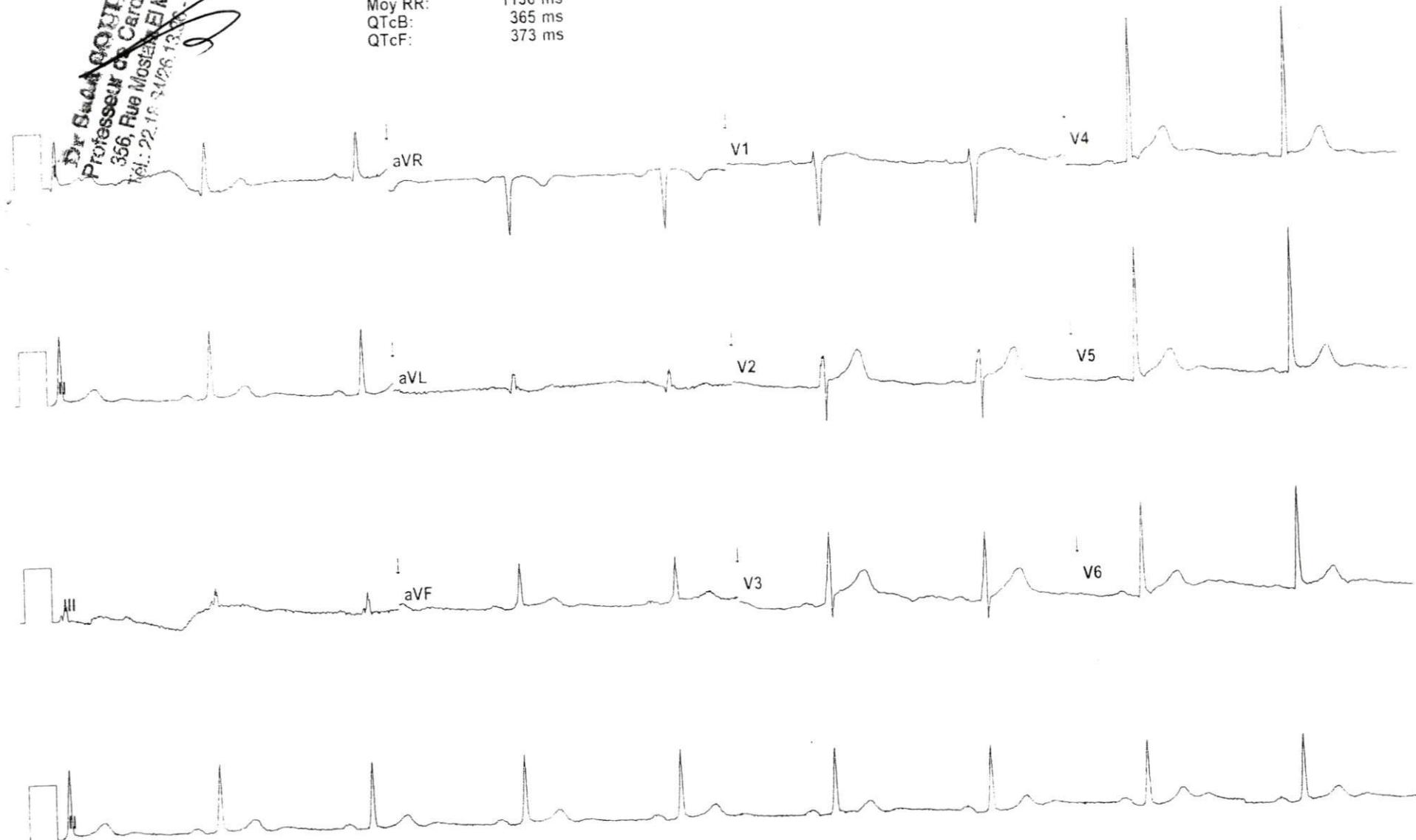
~~Dr. Sadiq  
Professeur de  
Cardiologie  
356, Rue Mostéfa  
Tel: 22 12 3426 1300 - CASA~~

22-Nov-2019 11:36:59

Fréq.Card: 52 BPM  
Int PR: 188 ms  
Dur.QRS: 80 ms  
QT/QTc: 390 / 371 ms  
Axes P-R-T: 55 48 50  
Moy RR: 1136 ms  
QTcB: 365 ms  
QTcF: 373 ms

BRADYCARDIE SINUSALE  
TRACE EN FAVEUR D'HVG DEVANT [UN DES CRITERES SUIVANTS: GRANDE ONDE R EN AVL OU V5,  
GRANDE ONDE S EN V1, GRANDE ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1]  
ECG ANORMAL  
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 23793 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz