

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educations :

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.

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

Information : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : 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 : N° P19- 0023190

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26658**

Matricule : **0790** Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **AMRANI** - Date de naissance : **1948**

Adresse : **11 MARAT R. n°44**

Tél. : **06 68404898** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/08/2020**

Nom et prénom du malade : **AMRANI ISSA** Age : .....

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

Nature de la maladie : **Affection Neurologique**

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) : **AF**



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le
13/02/2020	C3		1000	PROFESSEUR AMRANT. F. Neurochirurgien 49 Avenue 2 Mars Résidence 40000 1er Etage - Casablanca - Tél: 0522 28 58 01 0522 27 11 64 - 06 62 13 12 48

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AZHAR DIOURI MOHAMMED 133, Bd. Taza Hay Miy. Abdellah Casablanca - Tél: 0522 215 966 INP: 092003896	13/02/2020	3085,40

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

# 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

D	H	G	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Professeur AMRANI Fouad

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49, Avenue 2 Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage  
(à côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca  
Tél.: 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez-vous

Casablanca, Le \_\_\_\_\_ في الدار البيضاء في

13/02/2020

الدكتور العمراني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض وجراحة  
الرأس، الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري

الكبار والصغار

49، شارع 2 مارس الطابق الأول  
(قرب ثانوية محمد الخامس و Snack pomme de pain) الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 27 11 64 - 05 22 26 58 01 - 06 62 13 12 48

الموعد



Mr AMRANI IDRISSE My Issa

268,00

ARCOXIA 90

1 comprimé le soir

487,00 x 5

LYRICA 75

1 comprimé, matin et soir

MYANTALGIC

1 comprimé, matin et soir si besoin

148,00 x 2

EZIU 20

1 comprimé, matin et soir

28,80 x 3

VITANEVRIL F

1 comprimé, 3 fois par jour

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE

3085,40  
PHARMACIE AL AZHAR  
DIOURI MOHAMED  
133, Bd. Taza Hay Mly. Abdellah  
Casablanca - Tél: 0522 215 966  
INP : 092003896

Professeur Amrani. F  
Neurochirurgien  
49, Avenue 2 Mars, Résidence les Roseaux  
Casablanca - Tél: 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc  
P.P.V.: 487DH00



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc  
P.P.V.: 487DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc  
P.P.V.: 487DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc  
P.P.V.: 487DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc  
P.P.V.: 487DH00

PPV: 148DH30  
PER: 09/21  
LOT: 12751

PPV	28,80
LOT	
PPV	28,80
LOT	
PER	
LOT	28,80
PER	

Maladies et  
Chirurgie  
de la  
colonne  
vertébrale

Maladies et  
Chirurgie  
du crâne