

## 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**  
N° M20- 0001043

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 337 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veule  
 Nom & Prénom : Afif Fatma  
 Date de naissance : 13/06/2002  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 14/10/2022  
 Nom et prénom du malade : Afif Fatma Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-01043

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



# 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
14/10/22	CSE + ECG		300,00	الدكتورة نجوى يامل إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين عنوان الخاضع لسلطة وزارة الصحة بولاية الجزائر - الدار البيضاء GSM: 06 13 02 02 25 / 05 22 69 00 25

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/22	3200,20

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

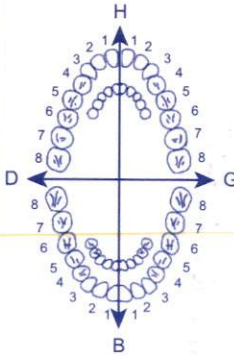
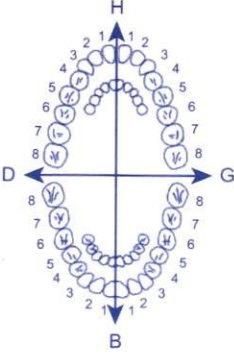
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				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



Nom : AFIF FATNA

Sex: Femme BedNo.:

Age: 82Y Date: 14/10/2022 11:56:03

SN: 000053 Section:

No de c: No de d: 117

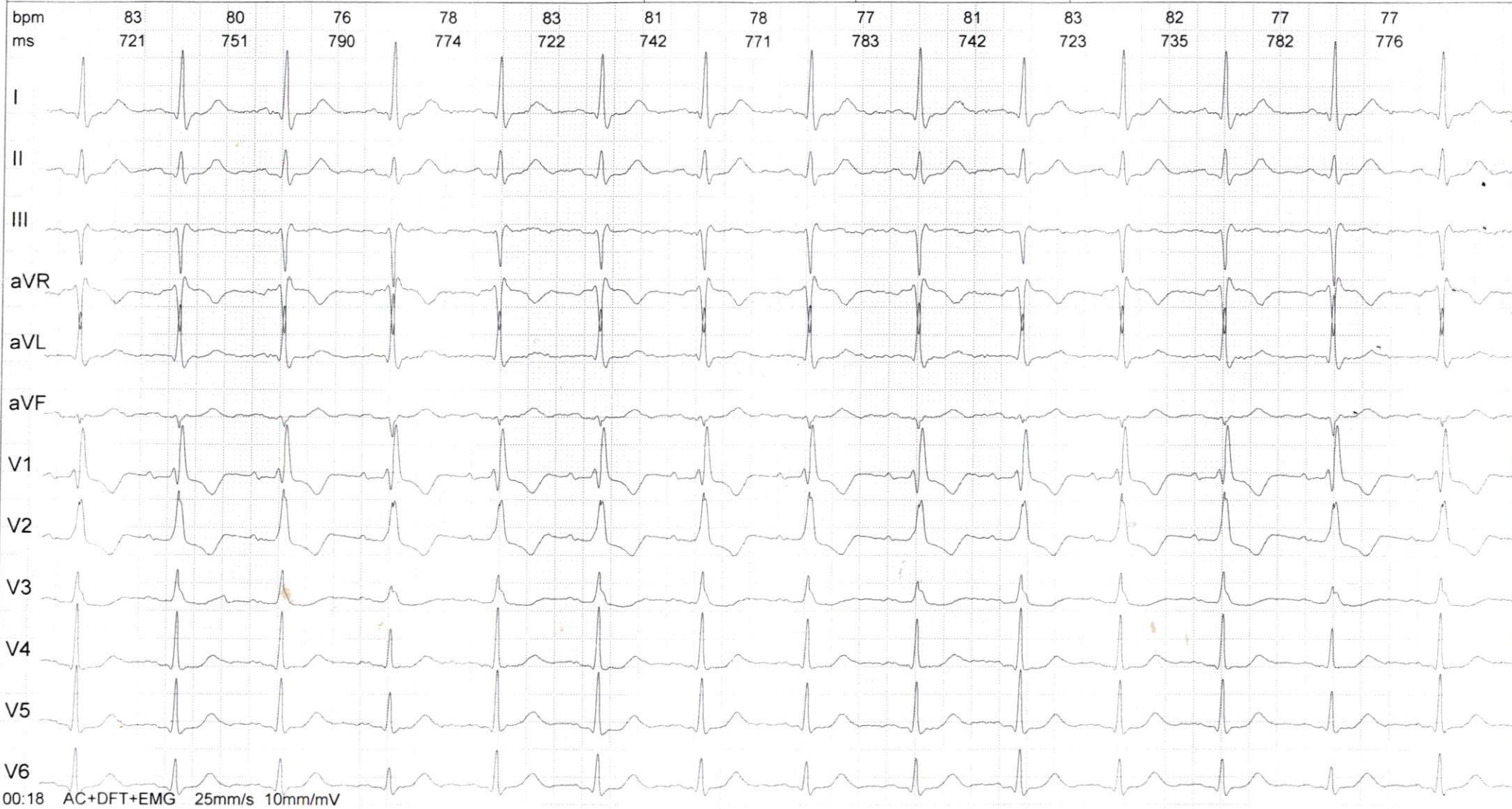
Fréquence :	1000Hz	QT Intervall	475ms
Temps d'écha	45s	Intervalle QT	539ms
HEU	77bpm	Axe P :	49.60jā
Intervalle	105ms	Axe QRS :	-10.00jā
QRS Intervall	129ms	Axe T :	44.20jā
T Intervall	270ms	RV5/SV1	0.85/0.19mV
PR Intervall	175ms	RV5+SV1	1.04mV

Prompt

Total des ba57 , Battements no57

*Handwritten:* MRS AFIF  
BBDRC  
Dr Najoua Yamoul  
Cardiologue

Médecin : DR NAJOUA YAMOUL



49,40

49,40

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/N  
P.P.V: 437,00 DH.

49,40

LOT: 090  
PER: AVR 2025  
PPV: 148 DH 00  
LOT: 090  
PER: AVR 2025  
PPV: 148 DH 00  
LOT: 090  
PER: AVR 2025  
PPV: 148 DH 00

ne interne au CHU Ibn Rochd  
ne d'échocardiographie  
de l'Université Victor Segalen  
Bordeaux (France)  
omme - Echocardiographie doppler  
rythmique et tensionnel  
Epreuve d'effort

ة سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد  
القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)  
القلب - فحص القلب بالصدى  
ستمرد لدفات القلب والضغط الدموي  
اختبار الجهد

39,100

54,30

Casablanca le : 14/05/2022

201,100  
201,100

ARIF

201,100 - Daflon 100

52,42 - smecta seche

148,00 x 3 - Anginib 100

49,40 x 3 - Amep 5

21,80 x 5 - Aspegic 100

437,00 x 3 - Janumet 8/1000

54,30 - Diamicron 30

89,00 - saphin 10

116,00 - Maxol

32,60 - Maxol

110,00 - flextol

96,00 - flextol 2x

680 - flextol 2x

43,00 - Daflon 1000

Dr. Ahmed  
Hay Rahma  
Bis - Babus  
0522 94 96 34

SMECTA ORANGE VANILLE  
3G SACHET 830  
LOT: 22E063  
PER: 05/2025  
P.P.V: 52DH40  
6 118000 011460

ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
LOT: 22E  
PER: 02  
P.P.V: 21DH80  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
LOT: 22E001  
PER: 02/2024  
P.P.V: 21DH80

ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
LOT: 22E001  
PER: 02/2024  
P.P.V: 21DH80  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
LOT: 22E001  
PER: 02/2024  
P.P.V: 21DH80

ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
LOT: 22E001  
PER: 02/2024  
P.P.V: 21DH80  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
LOT: 22E001  
PER: 02/2024  
P.P.V: 21DH80

Aln El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 150.00 DH  
6 118001 140336

Comprimés sécables 25 mg  
Levotyrox® 25 mg  
PPV: 6,80 DH  
6 118001 1102006

0522 690 025

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/N  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/N  
P.P.V: 437,00 DH.

2ème étage  
Boulevard de A. J. A. Bank  
yamoul@g. il.com



- Locapred - ci

Novex a l

347,00

III de 3 mois

3200,80

LOT: 21E012  
PER: 06 2023

LOCAPRED 0,1%  
CREME T15G

P.P.V: 16DH60



pp 15

part 7j

part 7j

LOT 2 2 1 0 9 2 / 1  
EXP 0 4 2 0 2 4  
PP 3 4 7 , 0 0 0 H

347,00

PHARMA HIBA  
SARL  
Rue de la  
Liberté  
1000  
Bruxelles  
Tél: 02 522 94 99 34  
Fax: 02 522 94 99 34  
E-mail: info@pharma-hiba.be