

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-680128



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 664		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Sebbar Fatima		
Date de naissance : 01/01/1946		
Adresse : 110, Bd Yannoub el mansour, résidence ANAS, Etage 3, Apt N° 6, M'danif, Casablanca		
Tél. : 0665629200 Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : MUPRAS 07 NOV. 2020 ACCUEIL	
Spécialiste en Cardiologie 52, Bd Zerkouni, Espace Errada Casablanca Tel. 0522 26 10 66 - 0522 26 10 67		
Nom et prénom du malade : Sebbar Fatma Age:		
Lien de parenté : Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Affaiblissement cardiaque		
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 : / /

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
01/11/87213			500	INP INP 091037671
				Dr BOUKHIMA N Spécialiste en Cardiologie El Zerktouni, Espace E

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

RELEVE DES SOINS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		Coefficient des travaux <input type="text"/>														
		Montants des soins <input type="text"/>														
		Date du devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban

42 cps

LOT 222200

EXP 06 2026  
PPV 46.70 DH GIE

P.P.V : 909,00 DH  
Bayer S.A.

sistante au CHU - UCL  
raphie de repos et d'effort  
Doppler Pulse-Continu Couleur  
et Pédiatrique

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban

42 cps

P.P.V : 909,00 DH  
Bayer S.A.

raphie Transthoracique  
magine et de stress  
des Electrophysiologiques  
et Holter Tensionnel  
rdiaque et Soins intensifs

6 118001 090785

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban

42 cps

P.P.V : 909,00 DH  
Bayer S.A.

raphie Transthoracique  
magine et de stress  
des Electrophysiologiques  
et Holter Tensionnel  
rdiaque et Soins intensifs

6 118001 090785

Espac

50 Bd Zekkouri

- CASABLANCA (Face 6 118001 1170777)

05 22 26 10 66

05 22 26 10 67

Ne pas utiliser c'est ouvert

PPV: 246  
EXP: 08/2023  
LOT: EM2877

Ne pas utiliser c'est ouvert

PPV: 246  
EXP: 08/2023  
LOT: EM2877

Ne pas utiliser c'est ouvert

PPV: 246  
EXP: 08/2023  
LOT: EM2877

Ramipril Win® 5 mg  
30 Comprimés  
sécables

Ramipril Win® 5 mg  
30 Comprimés  
sécables

OKIIMA Naoua  
en Cardiologie  
uni Espace Errada  
nca  
0522 26 1067



مجال الرضا، 52 شارع الزرقطوني - البيضاء

( مقابل سوق الورود) - الهاتف: 05 22 26 10 66

05 22 26 10 67

Casablanca, le

04.11.2022

Fatma

fermat

los plus

velho

amipril

glic

5

5

5

5

5

5/10

15

5

100

15

15

15

15

54100

54100

54100

54100