

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0049389

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : 909 Société : RAM / MUPRAS  
☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FARAT Driss  
 Date de naissance : 01/07/45  
 Adresse : 9, Rue Abdelmajid Ben Sellou - Casablanca 20320  
 Tél. : 05 22 90 29 02 Total des frais engagés : 634,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 22/05/23  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD  
 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 : Casablanca Le : 25/05/23  
 Signature de l'adhérent :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
02.01.2013			CU	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2013	634,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

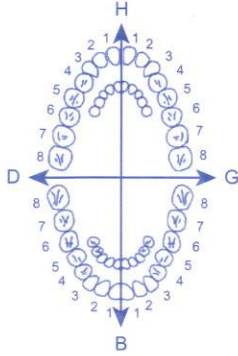
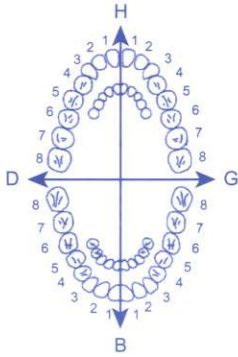
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
(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

Dr. Houda MOUAD Ep GAOU

CARDIOLOGUE

Diplôme de spécialité de la faculté de médecine de Rabat  
Ancien médecin des CHU de Paris et Montpellier  
Diplôme d'échocardiographie doppler de l'université  
de Bordeaux

Diplôme d'IRM cardiaque de l'université de Bordeaux  
Diplôme d'hypertension artérielle de l'université de Strasbourg  
Certificat d'étude en cardiologie de sport de l'université  
de Bordeaux

الدكتورة هدى معاد ثاوي

أخصائية أمراض القلب والشرائين

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط  
طبية سابقة بمستشفيات باريس و مونبيلييه  
دبلوم فحص القلب بالصدى و الدوبلر من  
جامعة بوردو  
دبلوم الرنين المغناطيسي للقلب من جامعة بوردو  
دبلوم ارتفاع الضغط من جامعة ستراسبورغ  
شهادة دراسية في الطب الرياضي تخصص القلب  
من جامعة بوردو

Ordonnance

22 MAI 2023

Mr Faniat Driss

71,00

Atenor 100

Uferz 80

18 7,70 X3

634,10

PPV  
187DH70

PPV  
187DH70

PPV  
187DH70

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pte.: 3587306  
IF : 40436642

Dr. Houda MOUAD Ep GAOU  
Cardiologue  
187, Bd Abdelmoumen, Espace Walili, N°8, 2ème Etage, au dessus de la Banque Populaire ( En Face de la station Tramway Faculté de médecine)  
Tél : 05 22 48 22 48 / GSM : 06 61 46 02 33 / Email : dr.cardio.hmg@gmail.com

187 شارع عبد المومن . إيسباس وليلي . الطابق الثاني الرقم 8 فوق . البنك الشعبي ( أمام محطة الطرامواي كلية الطب )  
187, Bd Abdelmoumen, Espace Walili, N°8, 2ème Etage, au dessus de la Banque Populaire ( En Face de la station Tramway Faculté de médecine)  
Tél : 05 22 48 22 48 / GSM : 06 61 46 02 33 / Email : dr.cardio.hmg@gmail.com