

## 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

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

M23-004392

1127

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1127 Société : R  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R  
 Nom & Prénom : DRIF PATIMA  
 Date de naissance : 22/2/1945  
 Adresse : 502, rue Gouvernina casq  
 Tél : 06933 11 993 Total des frais engagés 3734,1 + 300 DM

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/06/2023  
 Nom et prénom du malade : ischérie Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : casq Le : 22/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL MARKAZ</b> <b>ASSEHI Lot. LEGEN</b> <b>Sidi Rahal Plage</b> <b>Tel : 05.22.96.93.87</b>	22/06/2023	3734,1

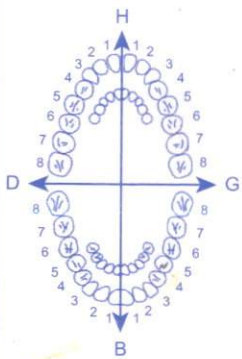
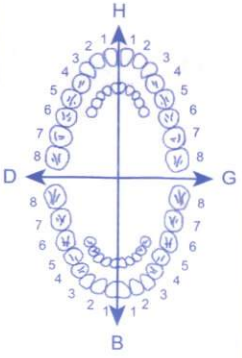
[illegible][illegible]

# 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 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"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des Soins <input type="text"/>														
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي

إختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خرج كلية الطب ببليل

طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations

et d'Explorations Cardio-Vasculaires

22/06/23

Mr. Dr. SETTI

Uferio 10 x 2

405 x 5 = 2025

loamxsp 500 1/4

loamxsp 10 1

Censioflex 1

Alpro 0,5 1

8h max 40 1

Ruxife 10 1

300' 23.60 x 2 = 47.2

35.70 x 5 = 178.5

50 x 60 x 4 = 22.6

40 x 3 = 1.257

UPERIO® 100 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100.  
Comprimé pellic.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031726

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023