

# 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](http://www.mupras.com)

174994

**Déclaration de Maladie : № S19-0004621**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **11447** Société : **RAM**

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre**

Nom & Prénom : **MARCI ZAKARIA** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06.91.68.84.69** Total des frais engagés : **1.010,80 Dhs**

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06/09/2023**

Nom et prénom du malade :

**Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : **CASA** Le : **07/09/2023**

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
06/09/23	1400 + ECG	250,00		DR. EKAL NADU

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HAJIMA Nadia 06/09/23 234 E Lotissement Casablanca GSM: 06 67 88 25	06/09/23	760,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

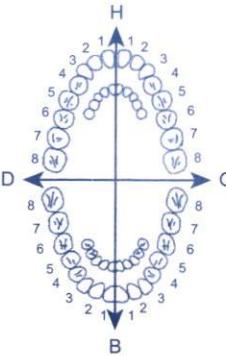
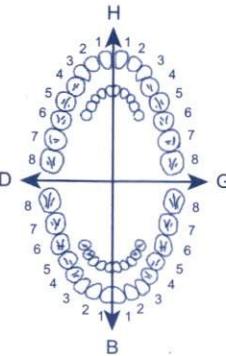
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ancien Médecin des Hôpitaux Savoie - Lyon France
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- Diplômée D'échocardiographie - Bordeaux France
- Diplômée D'imagerie Vasculaire Non Invasive - Paris Descartes France

طبية سابقا بمستشفى سافوا - ليون - فرنسا

طبية داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو - فرنسا

دبلوم فحص الشرايين من جامعة باريس ديكارت - فرنسا

Nom Prénom :

Casablanca, le ... 06.09.2023

Mr. Maliki Zabariae

LOT 21D29 3  
EXP 04 2025  
PPV 100.00 DH

30 gél

LOT 21D29 3  
EXP 04 2025  
PPV 100.00 DH

30 gél

LOT 21D29 3  
EXP 04 2025  
PPV 100.00 DH

100,00 x 3

FibroCard 180 g gel/j matin

153,60 x 3

Co-ubelsar 300 mg matin

PPV : 153DH60

Lot n° :

Exp. :

PPV : 153DH60

Lot n° :

Exp. :

PPV : 153DH60

Lot n° :

Exp. :

760, 80

PHARMACIE LES PAREVIS  
234 E L'Assissement Zoubeir  
Groupe Abdoula Oulfa - Casablanca  
Gsm: 06 67 07 50 25

INP: 092048198

Dr. FIKAL NAJOUA  
Boulevard Zoubir (Mustapha Selmat), en face de BMCE Zoubir, Oulfa, Casablanca  
Tél: 0522990020 - INP: 091246215  
Carrefour, 1er étage, lot N 158, Casablanca  
Email: fikal.najoua@gmail.com

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

 Nom et prénom : **Mal Ki Zakariae**

 Matricule : **11447**

N° CIN :

Adresse :

 Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M.

 Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA sous Borthesone

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Co-ribolan 500/25 ; Fibrocaus 180

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 10/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

 DR. FIKAL NAPOLIA  
 Cardiologue  
 Boulevard Zoubir, lot N 158. étage 1  
 El BULFA - Casablanca  
 Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupras.com - Email : pec@mupras.com

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



# PHARMACIE LES PARENTS

234 E LOT ZOUBEIR GR ADDOHA OULFA

INP : 092048198

R.C :273550

Patente:36208990

T.V.A :

C.N.S.S:6471065

Tél :06 67 07 50 25

Le 06/09/2023

## FACTURE N°26709

N° ICE : 001762433000084

MR MALKI ZAKARIAE

N° IF : 50841013

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CO-IRBESAR 300MG/25MG BT28CP	153,60	460,80		
3	FIBROCARD 180 CP BT30	100,00	300,00	19,63	7,00
<b>TOTAL T.T.C :</b>					<b>760,80</b>

PHARMACIE LES PARENTS  
Nadia GOURANI  
234 E Lotissement Zoubeir  
Groupe Addoha Oulfa - Casablanca  
Gsm: 06 67 07 59 25

Nbr Articles	TVA 7% Base :	300,00	Montant :	19,63	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Sept Cent Soixante DIRHAMS et 80 centimes.