

# 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 634

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARIS Aicha e penu (veuve) KANA LA TACHE

Date de naissance : 1934

Adresse : ITAY HASSAN I. RAB NEMA BLOCS 52 N° 118

Tél. : 0661511709

Total des frais engagés : 276,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

**Dr. ALAMI Mohamed**  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 39 01 12 / 06 61 25 78 06

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : FARIS EP KANA AICHA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

FAI sur Antécédents +  
hypertension VQ

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 : 13/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

#### **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
31/11/23	Consultation conseil	305	305	Dr. ALAMI Mohamed Professeur en Cardiologie 264 Bd Ghandi - Casablanca Tél : 05 22 39 01 12 / 06 11 15 72

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Date	Montant de la Facture
18/01/2018	1876,00

## **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
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

## ORDONNANCE

13/11/2023

FARIS EP KANA AICHA

370,00x4

### REXABAN 20

1cp /J



### LASILIX

1/4cp /J



### DIGOXINE

1/2cp /J



25,00x2

### TENORMINE

1/4cp /J



58,70x2

### RANCIPHEX 20

1cp /J



113,20

### AZIX 500

1cp /J



6i

29,70x2

1876,00

PHARMACIE ANNASSIM  
3d Oued Daoura Lotissement  
Habiba N°62/2 Oulfa casa  
TCE: 002042097000024  
Tél: 05 22 93 84 58

31/11/2023

Dr. ALAMI Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél: 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06



LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :23E002  
PER :01 2027  
6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :23E002  
PER :01 2027  
6 118000 060468

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg O  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040 17  
DIGOXINE 0,25 mg O  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28 O  
P.P.V :58DH70  
LOT :23E001  
PER :02 2026  
6 118000 011590

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28 O  
P.P.V :58DH70  
LOT :22E003  
PER :08 2025  
6 118000 011590