

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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



# Déclaration de Maladie

W21-843031

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1182 Société : 202759  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : SEFFAR HABIL  
 Date de naissance : 8.10.12  
 Adresse :  
 Tél. : 06 61 33 00 64 Total des frais engagés : 18,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 04/04/2024  
 Nom et prénom du malade : Seffar Habil Age: 11  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Hypertension Artérielle  
 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 06/11/24  
 Signature de l'adhérent(e) :

PP4FRO5/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

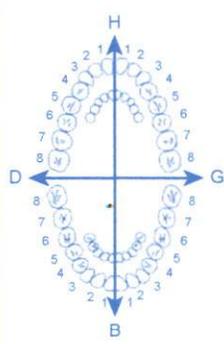
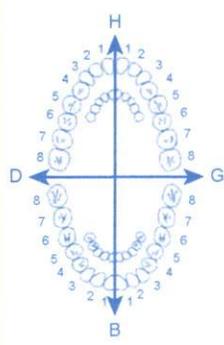


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/10/2014	As		30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fort-Preneur	Date	Montant de la Facture
	10/10/2014	184

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.																																	
<b>Important :</b> 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
					<input type="text"/>																												
					MONTANTS DES SOINS																												
						DEBUT D'EXECUTION																											
						FIN D'EXECUTION																											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D			G	00000000	00000000			35533411	11433553			B				<input type="text"/>
	H																																
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D			G																													
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
		<table border="1"> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																							
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																															
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
					DATE DU DEVIS																												
					DATE DE L'EXECUTION																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																														



Cardiologie  
Cardiologie Interventionnelle

أمراض القلب والشرايين  
قسم أمراض القلب والشرايين

**Dr Hind EL FILALI ADIB**  
Cardiologue  
Cardiologue Interventionnelle  
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque  
Réadaptation cardiaque

**الدكتورة هند الفيلالي أديب**  
أخصائية في أمراض القلب والشرايين  
أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين  
خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد  
إعادة التأهيل القلبي

04 avril 2024

92-22  
**Mr. SEFFAR HABIB**

**COVERSYL 5 mg , Comprimé pelliculé sécable**  
1/2 comprimé par jour, pendant 3 Mois  
LE MATIN

REGIME PAUVRE EN SEL

92.00

184-  
**Dr. Hind EL FILALI ADIB**  
Cardiologue  
Cardiologue Interventionnelle  
120, Bd. Moulay Idriss 1er- Résidence Moulay Idriss  
2ème Etage - N° 4 CASAB ANCA  
Tél.: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76  
ICE : 001625537000091

صيدلية الصفار  
**SEFFAR MAJID**  
Docteur en Pharmacie  
Lotissement Anzar N°5 Sidi Moussa-Sala  
Tél.: 05 37 78 01 94  
INPE : 10 20 52 727