

# 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.

## Diagnostique 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



ND: 29859

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017703

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : M. JAT BOUTZ Date de naissance : 10.03.1952  
 Adresse :  
 Tél. : 0662.51.7040 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 08 AVR. 2020  
 Nom et prénom du malade : M. JAT BOUTZ Age: 64  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HYPERTENSION - Angine  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 09/04/2020

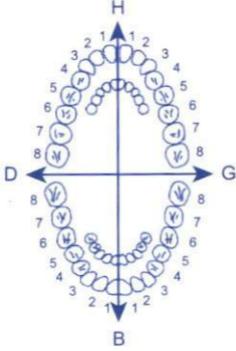
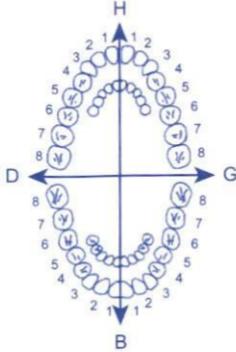
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08 AVR 2020	C2 F1G (ECC)		300H	 <b>Docteur Hassan JAHAM</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 20, Rue Oumaima SAYAH Bd. Al Massira Al Khadra - Casa 22 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 33 N°P: 001080218

**Docteur Hassan JA  
CARDIOLOGUE**  
20, Rue Oumima SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
Tel.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 31  
NIP: 001080218

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Bennani Jaafar 02, Bd Ouel Sebou - Oujda CASABLANCA Tél: 0522 80 18 93	08/04/2020 INPE: 092055433	148,70

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

[illegible]

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																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>  DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

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

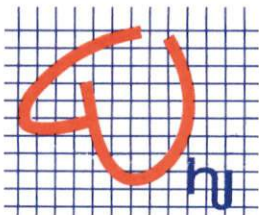
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness, Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6  
Boulevard Al Massira Al Khadra, Quartier Racine - Casablanca 20000

الطبيب: حسن جمعة  
أمراض القلب و الشرايين

08 AVR. 2020

**Dr. Hassan JAMMI**  
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université  
de Nice - Sophia Antipolis  
Ex. Assistant spécialiste  
des Hôpitaux de France

*MJATI BOUAZZA*

*vir C 1000 sur 10*

*Nebivol 5*

*1/2 sur 10*

*Candes Ar*

*1/2 sur 10*

*Statinal 20*

*sur 10*

*Zyluc 100*

*sur 10*

*Panfamil 100*

*sur 10*

LOT 192466  
EXP 10 2023  
PPV 31.30

LOT 192466  
EXP 10 2023  
PPV 31.30

☒ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل 500 ملغ  
30 comprimés - قرص 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00  
6 118001 183340

☒ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل 500 ملغ  
30 comprimés - قرص 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00  
6 118001 183340

GSM : 06 61 14 94 22  
Tél : 05 22 39 31 01  
Fax : 05 22 36 79 35

20, Rue Oumaïma Sayeh  
Bd. Al Massira Al Khadra  
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35  
INP : 091080218