

# 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.

## **Medecine 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.

## **Education :**

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

N.D: 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 : MJATI BOUAFZA Date de naissance : 10.03.1952

Adresse :

Tél. : 0662515040 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Docteur Hassan JAMMI**  
**CARDIOLOGUE**  
20, Rue Oumaima SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35  
INP : 091080218

08 AVR. 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

O. OUDATI Bou Azzouz Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HOT - Arthrose

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) : [Signature]

Le : 09.10.2020

## **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
08 AVR 2020 C2 EAG, (ECG)			300 DH	Docteur Hassan JAMAL CARDIOLOGUE 20, Rue Oumaima SAYAH Bd Al Massira Al Khadra Casablanca Tél: 02 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 33 NP: 091080218

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie TAM</b>  Dr. Bennani Jaafar 02, Bd Oued Sebou - Oujda CASABLANCA Tél: 0522 80 18 91	58   04   2022	142,70

#### **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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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

40  
hu

# 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

الدكتور حسن جمی  
أمراض القلب والشرايين

Dr. Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE

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

08 AVR. 2020

Q. MJATI Bouazza

\* vit C 1000 mg / day  
Nefiber 5

1/2 gr / day

A. Cardiac AV  
mg mid.

A. Atorvast 20  
mg / day

31,30  
Zylopic 100  
mg mid

51,10  
Panfaun TAM S.V.  
148,1 Pm x 25.

03

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

LOT 192466  
EXP 10/2023  
PPV 31,30

LOT 192466  
EXP 10/2023  
PPV 31,30

Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ  
30 comprimés - فرق  
728860 VTE : MA-PPV : 51DH00

Barcode  
6 118001 183340

Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ  
30 comprimés - فرق  
728860 VTE : MA-PPV : 51DH00

Barcode  
6 118001 183340

DC  
20, Rue Oumaïma Sayeh  
Bd. Al Massira Al Khadra  
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35  
INP : 091080718