

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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 pour les personnes qui en souffrent depuis plus de 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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062125

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 648

Société : RAM

5062

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHBADA ABDESSAM

Date de naissance :

Adresse : 41, Rue 162 groupe K" EL ouelja Casablanca

Tél. : 067 27 36 39

Total des frais engagés : 727,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 OCT 2020

Nom et prénom du malade : CHBADA ABDESSAM

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : / /

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-062125

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 648

Nom de l'adhérent(e) : CHBADA

Total des frais engagés : 727,80 Dhs

Date de dépôt :

## 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                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/01/2020      | Urg + ECG         |                       | 250.00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <br><b>ZEKRI Abdellatif</b><br>Docteur en Pharmacie<br>22, Beldi Moulaya El Oulja<br>2912200000 | 30/10/2020 | 477,80                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d'exploration.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'P' at the bottom right.

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES :

## **ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE**

## ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS

تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب وتشخيص الأوعية بالدوبلير. تسجيل الضغط الدموي والقلب 24 ساعة - اختبار الجهد

الدك. وردة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

## الخصائص في مراض القلب لدى الكبار والصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

iplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Exploration Vasculaire non Invasive de l'Univers

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O

87.50 x 2

Mr ABDESSLAM CHBADA

101.80 1) NEBULET 5 MG. Comprimé: 1/4- 0 - 1/4 x 3 MOIS

101,80x2

2) COVERSYL 5 MG, Comprimé pelliculé sécable : 1/2 - 0 - 0 x 3mois

49,60 x 2

3) D CURE F: 1 - 0 - 0 x AMP TOUS LES 15 JOURS DURANT 3 mois

PPV: 49, 60 D  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2021

PPV:49,60 DH  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2023

13474.80

~~PHARMACIE ZEKRI  
Docteur C.  
220 222 823  
Casablanca  
ICE: 00229122000071  
177.00~~

30 Oct 2020

3.4

3

Lot. El Quifa, Bd Qued Oum Babij en face du Laboratoire " KARIM LAB" G/P N° 3 1<sup>er</sup> étage Casablanca

Tel : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : [centrecardiohauri@gmail.com](mailto:centrecardiohauri@gmail.com)