

# 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.

## Pathologie 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

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

N° P19- 0045882

MAR 17827

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10512 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABOUR AZIZ

Date de naissance : 29.6.1959

Adresse : HAY EL OULFA GR EF RUE 22 N° 12

CASA

Tél. : 0656005856 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/12/2019

Nom et prénom du malade : SABOUR AZIZ Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :





# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 13/11/19 | 1165                  |

## 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.

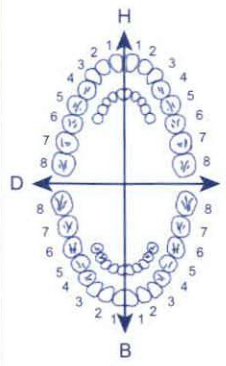
Important :

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

| 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   | B                    |                         |
|--|---|----------------------|-------------------------|
|  | 25533412<br>00000000  | 21433552<br>00000000 |                         |
|  | D   | G                    |                         |
|  | 00000000<br>35533411  | 00000000<br>11433553 |                         |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                      |                         |
|  |   |                      | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |                      | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |                      | DATE DU DEVIS           |
|  |   |                      | DATE DE L'EXECUTION     |


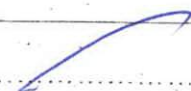
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 13/12/2019

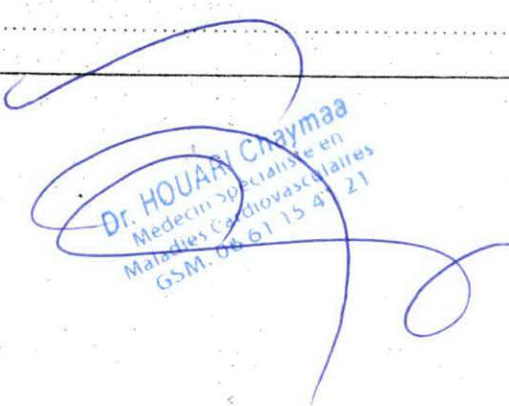
## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

| A remplir par le praticien                   |   |
|--|---|
| Je soussigné:                                |    |
| Certifie que Mlle, Mme, M.                   | SABOUR AZIZ   |
| Présente                                     | Cardiopathie ischémique   |
| Nécessitant un traitement d'une durée de:    | A vie   |
| Dont ci-joint l'ordonnance:                  |  |
| (A défaut noter le traitement prescrit)..... |   |

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

  
 Dr. HOUARI Chaymaa  
 Médecin Spécialiste en  
 Maladies Cardiovasculaires  
 GSM: 06 61 15 41 21



**CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES :**  
**ECG, HOLLERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE,**  
**ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS**

نخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب و تشخيص الأوعية الدموية - تسجيل الضغط الدموي و القلب 24 ساعة - اختبار الجهد



الدكتورة شيماء هوارى

**Dr Chaymaa HOUARI**

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار و الصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

13/12/2019

Dr SABOUR AZZ.

Δ 98.10 x 2

11 Planel 7r

179 1 ep x 2y det 2 min (2160)

2/ Tabouk 1 ep x 2y (2160)

12 2/ 2y x 2y (2160)

Dr. HOUARI Chaymaa  
 Maladies Cardiovasculaires  
 GSM: 06 67 15 41 21

1165.20

صيدلية أم الربيع  
 Pharmacie "AM RABIE"  
 Youssef EL YACHI  
 125-127 Bd. Oued Ziz Oulfa  
 Casablanca - Tel / Fax: 05 22 90 51 48  
 I.F. N° 40452148

INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الربيع - قرب مختبر كريم لاب - رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء  
 Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabli en face du Laboratoire " KARIMLAB " G/P N° 37, 1<sup>er</sup> étage Casablanca  
 Tél. : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiouari@gmail.com

PPV: 179DH00  
EXP: 05/2021  
LOT: AA0836

LOT: 171530 PER: 11-2020  
PPV: 198,10DH

بيسولات  
يل

PPV (DH):

LOT N°:

198,10

766.022.05.16

MXGS0059



CORALAN 5 mg  
Boite de 28 comprimés  
PPV 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059



CORALAN 5 mg  
Boite de 28 comprimés  
PPV 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca