

# 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.

## 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 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 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 = 18059

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013201

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2296 Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : LAHOU RACHID Date de naissance : 01/01/56

Adresse : LOT N°10 CALIFORNIE LA COLLINE CASA

Tél. : 0661159849 Total des frais engagés : 854,50 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2019

Nom et prénom du malade : Lahou Rachid Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension Artérielle

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 : CASA

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 18/12/2019

## 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
16.12.19	G		200.00	<i>[Handwritten signature over a blue stamp]</i>
				<i>[Large blue stamp with handwritten text and numbers]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEIAIR</i> SRL AU Route 1029 Ouled Saïd - Casablanca Tél : 05 22 21 90 07 - RC : 361421	16.12.19	SSM. 50

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 l'OD

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	21433552 00000000		
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553			MONTANTS DES SOINS
B				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

**M. LAHLOU RACHID**

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خرسية كلية الطب ببوردو

شخص القلب بالحسدي - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

**le : 16/12/2019**

### Ordonnance

*Musgo x 3*

**COVERSYL 5 mg , Comprimé pelliculé sécable 1CP/J LE MATIN**

*M6.80*

**LIFANTHYL 160 mg , Comprimé 1GEL/J LE SOIR**

**REGIME PEU SALE**

**QSP 3 MOIS RENOUVELABLE**

*T. 550.50*

**Dr Hind EL FILALI ADIB**  
Cardiologue Interventionnelle  
129, Bd. My Idriss 1er étage, résidence My Idriss  
2ème Etage N° 4 CASABLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 . Fax: 0522 86 20 76  
00 1625 53 7000 91

**Docteur Hind EL FILALI**

**PHARMACIE ARIJ**  
Sidi AU  
Route 102 Ouled Said - Californie  
Tel: 05 22 86 20 74  
RC: 36142

145,90

**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

145,90

**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

145,90

**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

A conserver à une température inférieure à 30°C, et à l'abri de l'humidité.

حفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30°C و يمتنى عن الرطوبة

Lot :  
رقم الحصة

Date de fab. :  
تاريخ الصنع

Péremption :  
نهاية الصلاحية

28275 OCT2018 SEP2020

maphar

ZI Zenata Am Smouha, Casablanca, Maroc

IPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V. : 116.80 DH

6 118001 181636

# ECG

DR EL FILALI Adib Hind

NOM:LAHLOU RACHID ID : Genre : Age :0 DDN :16-12-2019 Date Test :16-12-2019 12:41  
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr EL FILALI Adib Hind

10mm/mV 25mm/s

