

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039175

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 338 Société : RATI

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AFFE FATMA

Date de naissance : 1965

Adresse : JAMILA B 20 1216 H. HASSEN

Tél. : 0522 9098 112 Total des frais engagés : 1309,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 / 02 / 2020

Nom et prénom du malade : AFFE fatma Age :

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 : Le : 21/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

## VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-039175

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 : 338

Nom de l'adhérent(e) : AFFE FATMA

Total des frais engagés : 2102,20

Date de dépôt : 1309,20

# 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
21/02/20	Consulte		250,00	الدكتورة نجوى يامل تتخصص في أمراض القلب والشراب 344 حاج فتح شارع واد الديرة فولة - سبارفينا Tél: 08 22 88 80 25 GSM: 06 13 02 02 44

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Ahmed GHAFRY Hay Raha, Rue Banafate 51 Bis - Besma - Casablanca Tél: 0522 94 99 31 / 0522 39 34 31 Fax: 0522 94 99 31	21/02/20	1059,10

# 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	

# VOLET ADHERENT

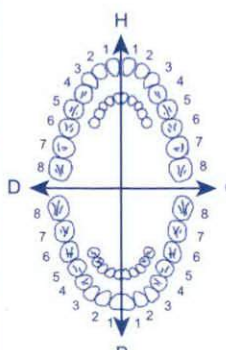
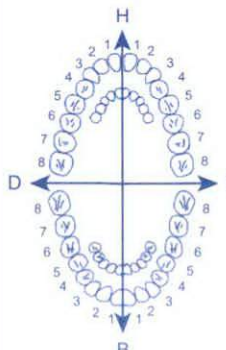
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd  
Diplôme d'échocardiographie  
doppler de l'Université Victor Segalen  
de Bordeaux (France)

Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler  
holter rythmique et tensionnel  
Epreuve d'effort

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد  
ديبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)  
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى  
الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي  
اختبار الجهد

Casablanca le :

21/2/2020

M<sup>me</sup> Afif Fatma

150,00 x3

- Anginib 100

75,20 x2

- Amep 10

21,80 x5

- Aspegic 10

57,80 x3

Tot

87,30

Deinofix crème

89,00

seauscil gel pour

1059,10

TVA de 3 mois

LOT : 196004  
EXP : 06/2021  
PPV : 75.20 DH

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80

LOT:1085  
PER:11/2021  
PPV:57,80 DH

LOT:1085  
PER:11/2021  
PPV:57,80 DH

الدكتورة نجوى يامل  
Docteur Najoua Yamoul  
Cardiologue  
GSM : 06 60613 02 02 44

0522 690 025

344 الحاج فاخ شارع واد الدورة. الطابق الأول. الشقة 3 [قبالة مسجد الحاج فاخ] - الولفة - الدار البيضاء  
344, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura 1 Etg. App.3 [en face de la mosquée Haj Fateh]  
El Oulfa - Casablanca - Maroc

E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com