

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 045172

Optique 54767  Autres

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 679 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FANGAR Ahmed

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Résidence 21 Mansour AG = B = Ghoush

et 44000 21 Mansour 11.37 APP.6 CASA

Tél. : 0663295031 Total des frais engagés : 1562 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELMAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdou - Casa  
Téléphone 05 20 01 00 00 NE 22 17 26 29

Date de consultation : 04/01/2021

Nom et prénom du malade : M. FANGAR Age : 75

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA + Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : Casablanca Le 05/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/01/2021      | 121               | 13                    | 300.000                         | <i>DR MEL MAKHSSIS<br/>Professeur Gregoire<br/>DR Med. Abd</i> |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date        | Montant de la Facture |
|---|-------------|-----------------------|
| <i>DE CASA PHARMA INTERNATIONAL SA<br/>Rue Centrale 10<br/>Hanschi - CH-1000 Lausanne</i> | 041.07.2021 | 1262.50               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

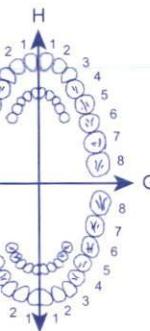
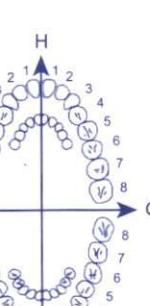
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Monsieur FANGAR Ahmed**

Casablanca le 04/01/2021

361,00 x 3 = 1083,00.

1- EXFORGEHCT 10MG/160 MG/12.5 MG  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

2- CRESTOR 5 MG : 1 CP LE SOIR UN JOUR SUR 2

3- ASPEGIC 100 MG : 1 SACHET A MIDI  
TTT A NE PAS ARRETER

S.V

S.V

S.V

**PHARMACIE INTERNATIONALE  
DE CASABLANCA SARL AU**  
2-4, Rue Centrale (Markazia)  
et Rue Hansch, CASABLANCA

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 20E007  
PER : 09 2021  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 20E007  
PER : 09 2021  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 20E007  
PER : 09 2021  
6 118000 061113

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE  
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :  
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54  
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zanata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 196,20 DH  
6 118001 183104

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur 49 rue de l'Amour Casablanca  
Tél 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89



valable 3 mois

Le 04/01/2021

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : DR EL HARRAKI AH  
Professeur Agrégé Cardiologie

Certifie que Mlle, Mme, M. : FAYEK Ahmed

Présente

Hypertension artérielle et Dyslipidémie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de longue durée et sans interruption

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca