

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Déclaration de 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- 0012364

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1H61

Société :

R.A.M

(SGT01)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR IMANE Ahmed Date de naissance : 01.01.51

Adresse : Ville N° 5 Rue Sad ALWAHDA Ressources BÉPHECHD

Tél. : 0661052142 Total des frais engagés : 1369,80 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du médecin :

Lien de parenté :

Nature de la maladie : 25 JAN 2021

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 BERRE FCM

Signature de l'adhérent(e) : RA

Le : 25/01/21

## **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
07/08/2015	CS + ECG		#250,00#	XADRE MOHAMED GARDIEN 11- Bd Medecine 54000, Siteau N°16 BERPÈRE 54132 Tél: 03.82.83.03-05.22.32.33

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chaozia Av. Moulay Ismaïl, 26100 INPE - Tél : 0522 33 77 23	07/11/2020	MONTANT DE LA FRAIS D'ACHAT 32.1.4. Moulay Ismaïl 25.2.2. SERAÏD 22.3.3.7-29 1119.80

#### **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 l'ICD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

BERRADA Omar

Pharmacie Chaouia  
 182, Av. Moulay Ismail, 26102  
 Berrechid - Tél. : 0522 33 72 29  
 INPE : 062018379

185,20

Berrechid le : 07 Novembre 2020

185,20

**Mr. IMANE AHMED**1/ REGIME PAUVRE EN SEL185,20 x 3 = 555,60  
2/ SULIAT 160/5MG

1 Cp/J matin à jeun

35,70 x 3 = 107,103/ KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à midi

37,80 x 3 = 113,404/ SECTRAL 200 MG

1/2 Cp/J à midi

46,70 x 3 = 140,105/ ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

93,00 x 3 = 279,006/ OEDES 20MG

1 Cp/J le soir

**PHARMACIE CHAOUIA**

182, Av. Moulay Ismaïl  
 26102 BERRECHID  
 Tél. : 0522 33 72 29

1119,80

Traitement pendant : 3 Mois

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189  
 SECTRAL 200 MG  
 CP PEL B20

P.P.V : 37DH80

6 118000 0661  
 SECTRAL 200 MG  
 CP PEL B20

P.P.V : 37DH80

LOT 201200  
 EXP 06/2024  
 PPV 46.70 DH

KARDEGIC 160M  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 0661  
 SECTRAL 200 MG  
 CP PEL B20

P.P.V : 37DH80

6 118000 0661  
 SECTRAL 200 MG  
 CP PEL B20

P.P.V : 37DH80

LOT 191337  
 EXP 04/2022  
 PPV 99.00 DH

LOT 20E019  
P.P.V : 35DH70

6 118001 0661  
 SECTRAL 200 MG  
 CP PEL B20

P.P.V : 37DH80

6 118000 0661  
 SECTRAL 200 MG  
 CP PEL B20

P.P.V : 37DH80

LOT 191337  
 EXP 04/2022  
 PPV 99.00 DH

Nom : imane ahmed

Sex: Male Lit No:

Age: 69Y Date: 07/11/2020 15:07:37

SN: 0006826 Section:

Cli No.: CaseNo.:

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	172 ms	Prompt:
Temps d'écha	98s	QT Interval:	397 ms	
FC:	56bpm	QTc Interval:	383 ms	
P Interval:	84ms	P Axis:	37.30;ā	
QRS Interval:	91 ms	QRS Axis:	28.20;ā	
T Interval:	196 ms	T Axis:	58.50;ā	

Docteur:

