

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ptique :**

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

La 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

58270

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0002480**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1178 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZAFERINDI, Mal Date de naissance : 01.08.48

Adresse : EL JADIDA

Télé : 0662463932 Total des frais engagés : 857,90 + 200 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 JAN. 2021

Nom et prénom du malade : Zafenrindi Med Age : 1963

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA | Diabète type II

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 : EL JADIDA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 22/01/2021

#### **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
11 MAI 2021	(Cg ECC)	200,00		Dr. Houda ABDERRAHIM CARIDILOGISTE CLINIQUE ALMA 18, rue de la République 92357 Levallois-Perret Cedex Téléphone : 01 41 33 35 18 Fax : 01 41 33 35 19

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/21	857,92

## **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	

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D**: Upper Left Quadrant, containing teeth 5, 6, 7, and 8.
- H**: Upper Central Quadrant, containing teeth 1, 2, 3, 4, and 5.
- B**: Lower Central Quadrant, containing teeth 1, 2, 3, 4, and 5.
- A**: Lower Right Quadrant, containing teeth 6, 7, and 8.

**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

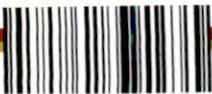


**Dr. Houda KADER YETTEFTI**

الدكتورة هدى قادر اليطفي

**Cardiologue**

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين



INP : 111164091

Res. Radia El Jadida  
TE Cadrat 23 29 21  
AV Med V 18 El Jadida  
Dr. Houda KADER YETTEFTI  
CARDIOLOGUE  
10/09/2017

El Jadida, le .....

12 MA 2017

Lafundi Med  
(15 جم 39 II)

1   Cardensiel 2,5	<del>SP</del> (S)	1/2 ج 1
2   Triatec 2,5	<del>SP</del> (S)	1/2 ج 1
3   Dicumarol 30 mg	—	1 ج 1
4   Cardio-aspirine 100 mg	—	1 ج 1
5   Coskof 10 mg	—	1 ج 1
6   Tam suloglicans 150 mg	—	1 ج 1
	<u>857.00</u>	

Res. Radia El Jadida  
TE Cadrat 23 29 21  
AV Med V 18 El Jadida  
Dr. Houda KADER YETTEFTI

06 07 71 62 36

05 23 37 29 21

شارع محمد الخامس، إقامة راضية (مقابل بنك المغرب) الطابق الثالث، رقم 18 - الجديدة 24000

ICE : 001606329000048 - INP : 111164091 - Patente : 42116018 - IF : 63960017 - CNSS : 8376627



CARDENSIEL 2,5 mg B30  
PPV: 50,70 DH

CARDENSIEL 2,5mg B30  
PPV: 50,70 DH

PER.: 04/2022	TAMSULOSINE WIN LP 0,4MG GELU B30
	P.P.V : 98DH00
6 118000 062257	
1 : 201806	0,4MG GELU B30
1 : 06/2022	P.P.V : 98DH00
6 118000 062257	

97,70

97,70

54,30

89,00

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

LOT : 191458  
UT AV : 09/2022  
PPV: 57,80DH

LOT : 191895  
UT AV : 12/2022  
PPV: 57,80DH

LOT : 200733  
UT AV : 05/2023  
PPV : 57,80DH



**Dr. Houda KADER YETTEFTI**

الدكتورة هدى قادر اليطفتي

**Cardiologue**

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين



INP : 111164091

El Jadida, le ..... 22 JAN 2021 ..... الجديدة، في

Lefnindi Ned.

- Rythme sinusol à 57b/min
- Névraxie séquellaire de cœténo - septal
- Hemibloc antérieur.

**Dr. Houda KADER YETTEFTI**

CARDIOLOGUE  
Av. Med V (EN LIGNE) (Centre du Maroc)  
Res. Radia, 3<sup>e</sup> Etage N° 18 El Jadida  
Tel Cabinet : 05 23 37 29 21

□ 06 07 71 62 36

☎ 05 23 37 29 21

شارع محمد الخامس، إقامة راضية (مقابل بنك المغرب) الطابق الثالث، رقم 18 - الجديدة 24000

ICE : 001606329000048 - INP : 111164091 - Patente : 42116018 - IF : 63960017 - CNSS : 8376627

GEMS, IT MAC1200 ST

DR KADER YETTEFTI

22 JAN. 2021

70 266

FC 57/min

hafnindi Ned

Dr. Houda KADER YETTEFTI  
CARDIOLOGUE  
Av. Med. v. Jen. S. - Sidi Abdellah  
Res. Radia 3 - El Aïcha du Maroc  
Tel. Cabinet: 05 23 37 29 21

