

# 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.

## Diagnostique 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 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- 069388

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **63539** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1677** Société : **ROM**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : **OBEID Moutaha**  
Date de naissance : **11/1/52**  
Adresse : **La Rue El Ghadfa App 5 Maarif Casablanca**  
Tél. : **0661065053** Total des frais engagés : **1168,50** Dhs


### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Hassane MIR Cardiologue**  
Date de consultation : **05/03/21**  
Nom et prénom du malade : **OBEID Moutaha** Age : **41/52**  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **HITA**  
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** Le : **16/03/21**  
Signature de l'adhérent(e) : **Obeid**



# 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
05/03/21	C1 + 2A	300		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme Amal EL QABBAJ BAHRI Docteur en Pharmacie PHARMACIE DANTON 47 Boulevard Bir Anzarane Tél 0522 25 09 78 - Casablanca	05/03/2021	848,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

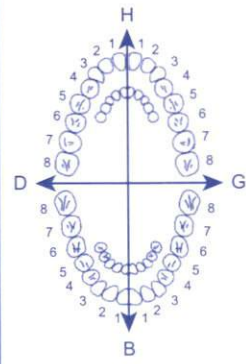
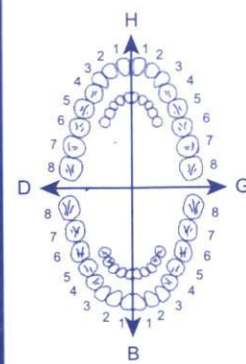
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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																
	<table border="1"> <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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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'EXEC

# Docteur MIR HASSANE

## Maladies du Cœur et des vaisseaux CARDIOLOGUE

Diplômé des Universités de Paris V et VI  
Diplômé d'échodoppler cardiaque (Paris VI)

Casablanca, le : 05/03/2021

**M. OBEID Mustapha**

185, 20 x 03  
SULIAT HCT 160/10/12.5 mg : 1 comp. par jour le matin

97, 60 x 03  
RANSIMVA 20 mg : 1 comp. par jour au diner

T = 848140

Mme Anel EL QABBAJ BAHRI  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE DANTON  
47 Boulevard Bir Anzarane  
Tél 0522 25 09 78 - Casablanca

Dr. Hassane MIR  
Cardiologue  
Bd Anfa 79 rue Jaber E. Hayane  
Tél : 0522 22 13 34 - Casablanca  
N° P : 091113209

LOT n° :  
EXP :  
PPV : 97 DH60

LOT n° :  
EXP :  
PPV : 97 DH60

LOT n° :  
EXP :  
PPV : 97 DH60

LOT 205826  
EXP 05/22  
PPV 185DH20

LOT 205825  
EXP 05/22  
PPV 185DH20

LOT 205826  
EXP 05/22  
PPV 185DH20

se : N° 79 rue Jaber Ben Hayane, Bd ANFA  
(en face de la commune Sidi Beyout), CP 20020, Casablanca

Bur : 0522222134 -0520070709 Bur mobile : 0664514961 Urgences : 0661 13 83 31  
ICE : 00168117200008 INP : 091113209 - Email : cabinetmir@gmail.com