

## 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
- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-617962

CA

68525

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9405

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENZNAD OTHMANE

Date de naissance :

22/10/1971

Adresse :

N°18 Res. NADIR S. EL WIAM

OULFA CASA

Tél. :

0661236383

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة نجاة كريم ع. القبلي  
استشارية في أمراض القلب و الشرايين  
عيادة HI الطابق الثاني 109 برج الدلايات مانتين شلوع  
المسرح الشعبي وعبد الرحيم بوعبد - انطادير  
الهاتف : 06 61 38 51 65 - 05 28 84 82 92

Date de consultation :

08/03/2021

Nom et prénom du malade :

BEZHADDA Hasna

Age : 36 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

appreci thorax effort et ccu

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

anaphylaxie ?!

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 : CASABLANCA

Le : 23/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-617962

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 :

9405

Nom de l'adhérent(e) :

BENZNAD

Total des frais engagés :

16.70

Date de dépôt :

23/04/21



# 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 montant des Actes
08/03/2021	Consultation	=		<p>Docteur Najaat KARIM ER-KADHI</p> <p>GÉNÉRALISTE</p> <p>INP: 041083387</p> <p>الدكتورة نجاة كريم ع. القادي</p> <p>اختصاصية في أمراض القلب والكلى والكبد</p> <p>عمارة HI الطابق الثاني 109 برج الدلالات ملتقى شارع الحسن الثاني وعبد الرحيم بوعبيد - أكداد</p> <p>الهاتف: 05 28 84 82 92 - 05 28 51 65</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie SEFRINI</p> <p>Dr. Mohamed SEFRINI</p> <p>9, Bloc F Hay El Anassir Tadmoutine - AGADIA</p> <p>Tél: 05 28 29 09 33</p>	08/03/2021	116.70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

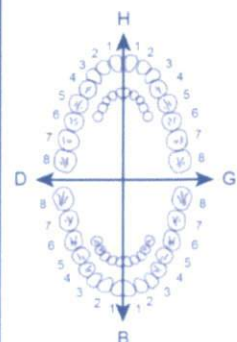
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



DOCTEUR NAJAATT KARIM ép. KABLI

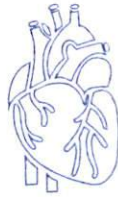
CARDIOLOGUE

Echodoppler cardio-vasculaire

Holter ECG

Diplômée de l'Université de Rennes I-France

Ancienne Médecin Assistante des Hôpitaux  
de l'Ouest-France



الدكتورة نجات كريم خ. القبلي

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

الفحص بالصدى والدوبلير

هولتير التخطيط الكهربائي للقلب

خريجة جامعة رين 1- فرنسا

طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات

غرب فرنسا

أكادير 08.03.2021 Agadir



الدكتورة نجات كريم خ. القبلي  
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
الفحص بالصدى والدوبلير  
هولتير التخطيط الكهربائي للقلب  
خريجة جامعة رين 1- فرنسا  
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات  
غرب فرنسا  
06 61 38 51 65 - 05 28 84 82 92

27.70  
1) Cardi - asprine 100 - 30cps

الأحمر إلى تين الاربعة والجمعة

89.00

2) Altiazem 60

Stop Cardi



T = 116.70

4204 p - 100 mg

ملتقى شارع الحسن الثاني وشمارع محمد الرحيم بوعبيد - إقامة برج الدلالات H1- الطابق الثاني 109- أكادير

Angle Av. HASSAN II & ABDERRAHIM BOUABID - Rés. Borj Dialate - H1 2 ème étage, N°109 - AGADIR

Gsm : + 212 661 385 165 - Tél : +212 528 848 292 - E-mail : najat.karimkabl@gmail.com

ICE : 001651939000090 - TP : 48174640 - INP : 041083387

Dr. Najaatt KARIM ép. KABLI  
CARDIOLOGUE  
Angle Av. Hassan II & Abderrahim Bouabid - H1 2ème étage  
Tél: 05 28 29 09 39  
Tél: 05 28 84 82 92 - 06 61 38 51 65