

# 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.

## Ordonnance :

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.

## Prothèse :

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 ALP :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006095

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1461 Société : RAG  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : IMANE AHMED  
Date de naissance : 02-02-1951  
Adresse :  
Tél. : 0667052142 Total des frais engagés : 2015,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 :

Le : 07/06/21

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
08/05/21	cf + cc		1250,00	Dr. KHADRE MOHAMED ELIAD CARDIOLOGUE 11 - Bd Méd. V. Etage Bureau N° 16 Bld Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.03

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINEB Pharmacie 345 Lot Tél: 05.22.08.59.59 INPE: 062105036	08 05 2021	1825,50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

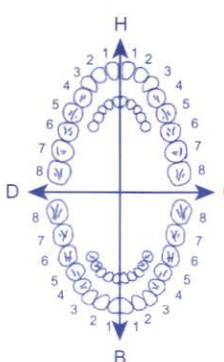
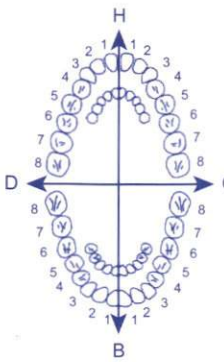
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khadda de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II

د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والأشرايين

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدك من جامعة بورجو بفرنسا

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

LOT 21 653

EXP 12/23

PPV 185DH20

Berrechid le : 08 mai 2022

LOT 211653

EXP 12/23

PPV 185DH20

OT 211653

XP 12/23

PV 185DH20

Mr. IMANE AHMED

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ SULIAT 160/5MG

1 Cp/J matin à

3/ KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à m

4/ SECTRAL 200 MG

1/2 Cp/J à m

5/ ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

6/ OFDES 20MG

1 Cp/J le soir

7/ COSTAL 40MG

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

LOT : 21E002  
PER: 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E002  
PER: 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E001  
PER: 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E001  
PER: 02 2024

SECTRAL 200 MG  
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



LOT : 21E001  
PER: 02 2024

SECTRAL 200  
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



LOT : 21E001  
PER: 02 2024

SECTRAL 200 MG  
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



LOT : 201590  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

LOT 201590  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

LOT 201590  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

LOT 201591  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

LOT : 201417  
UT AV : 10/2023  
PPV : 155,90DH

LOT 200711  
EXP 01/2023  
PPV 52.80DH

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
CARDIOLOGUE  
11 - Bd Med V, 1<sup>er</sup> Etage, Bureau N°16 BERRECHID  
Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

LOT : 201417  
UT AV : 10/2023  
PPV : 155,90DH

LOT 210522  
EXP 02 2025  
PPV 46.70 DH

LOT : 201417  
UT AV : 10/2023  
PPV : 155,90DH