

# 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.

## **Opticien :**

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**

Nº M20- 0006097

Optique **23835**  Autres

Maladie  Dentaire

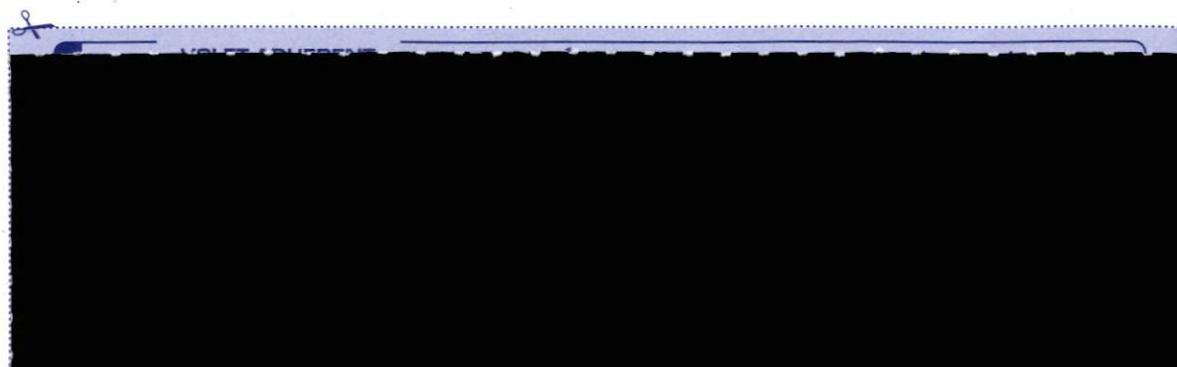
### **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : **2145** Société : **R.A.M**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : **M. DAHAN R.kia**  
 Date de naissance : **30-01-60**  
 Adresse : **vill N°5 Rue Sidi AL WANDA  
Lot Regraige BERRECHID**  
 Tél. : **0522227818** Total des frais engagés **2030,20** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
  
**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAUD  
CARDIOLOGUE  
11 Bd Med V.1 Etage, Bureau N°16 BERRECHID  
Tél: 05.22.32.83.03-05.22.22.82.33**  
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : .....  
 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 : **BERRECHID** Le : **08/06/21**  
 Signature de l'adhérent(e) :



## 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 Remboursement des Actes
24/05/21	CS + E.C.C.		1250,00	<p>DR KHADRE MOHAMED ZINEB CARDIOLOGUE 11 - Bd Med, 1<sup>er</sup> étage Bureau N°16 BERRECHID Tél: 05.22.22.83.03-05.22.22.83.31</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. IMANE ZINEB La Pharmacie le Grand Boulevard lot 345 Lot Nasra Tah Berrechid Tél: 05 22 03 59 59 INPE: 062105036</p>	24 05 22/05	1720,20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	B			
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid allemande

Diplômé en Echographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشتايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدري من جامعة بوردو بفرنسا

## ORDONNANCE

**Dr. IMANE ZINEB**

Ste Pharmacie le Grand Boulevard

Lot 3455 - ot Blaouini - Berrechid

Tél: 05 22 03 59 59

INPE: 062105036

Berrechid le .....  
**BERRECHID LE 24 mai 2021**

**Mme DAHAN RKIA**

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ COSTARVAL 80/12.5 MG

14,80 x 3 1 Cp/J matin à jeun

3/ CARDIOASPIRINE 100MG

27,70 x 3 1 Cp/J à Midi

4/ NOLIP 10MG

15,10 x 3 1Cp/J le soir

5/ INEXIUM 40MG

12,60 x 6 1 Cp /J le soir

LEVOTHYROX 50 µG

13,40 x 3 1 comprimé Matin

Traitements pendant : 3 Mois

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

SYNTHEMEDIC 22 rue zoubier bnou al aquam roches

noires casablanca INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641/5DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020807

SYNTHEMEDIC 22 rue zoubier bnou al aquam roches

noires casablanca INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641/5DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020807

SYNTHEMEDIC 22 rue zoubier bnou al aquam roches

noires casablanca INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641/5DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020807

SYNTHEMEDIC 22 rue zoubier bnou al aquam roches

noires casablanca INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641/5DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020807

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

SYNTHEMEDIC 22 rue zoubier bnou al aquam roches  
noires casablanca INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641/5DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

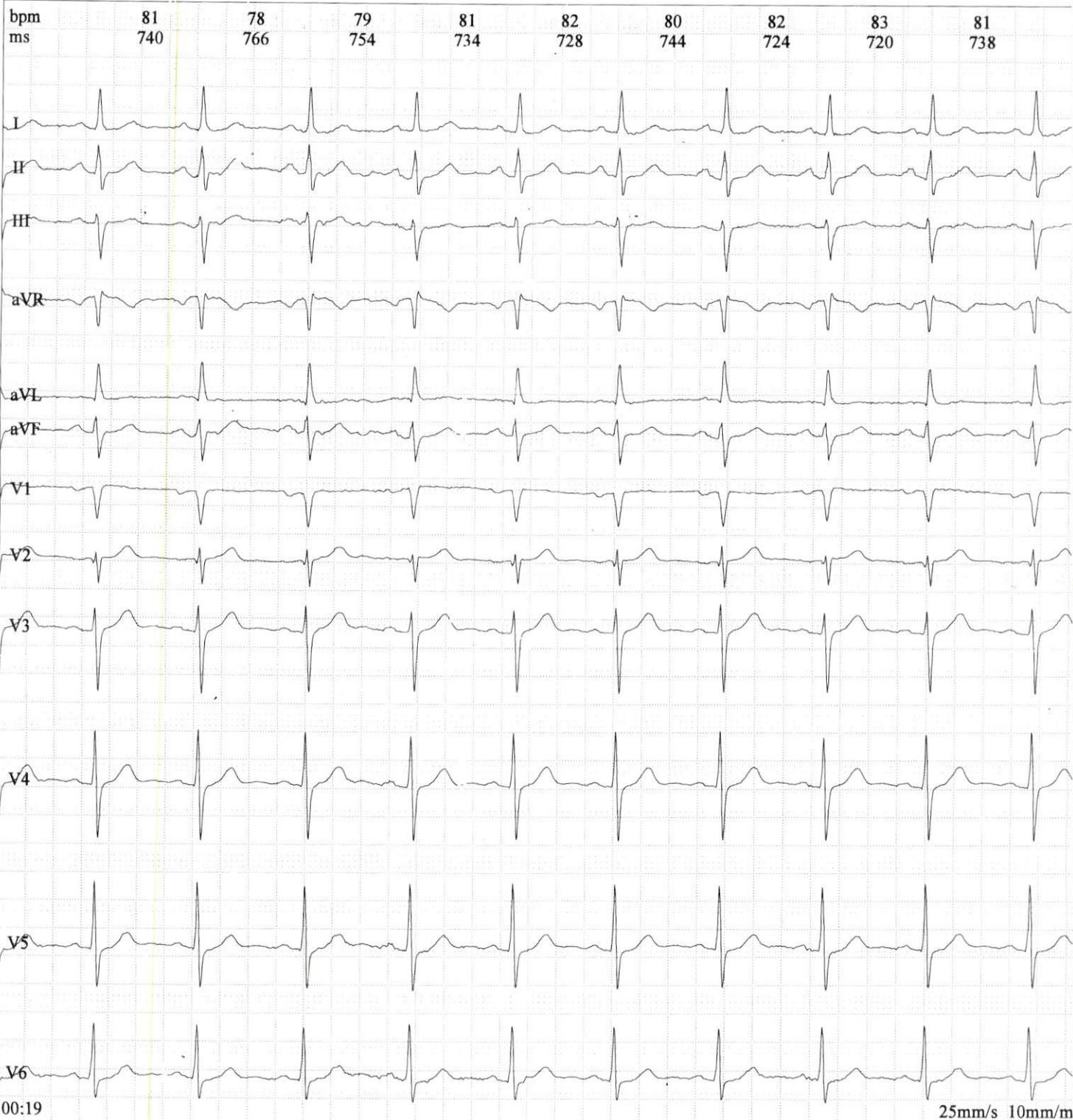
6 118001 020807

N°

Tél: 0

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

fed V Buret Stage - Berr  
2 83 33 - En cas d'urgence : 06 61



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	180 ms	Prompt:
Sample Time:	32 s	QT Interval:	370 ms	
HR:	80 bpm	QTc Interval:	426 ms	
P Interval:	80 ms	P Axis:	60.05°Cb	
QRS Interval:	112 ms	QRS Axis:	-24.73°Cb	
T Interval:	204 ms	T Axis:	56.56°Cb	

Dr.KHADRE MOHAMED FOUD  
CARDIOLOGUE  
11-Bd Med V, 7 Etage, Bteau MISTERED  
Tel: 05.22.32.83.11 - 05.22.32.83.12

Signature Medecin :