

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

## soins 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.

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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : YUMO Société : RAN (77318)

Actif  Pensionné(e)  Autre : FARID FATHIMA ZAHOURA

Nom & Prénom : FARID FATHIMA ZAHOURA

Date de naissance : 10-12-1967

Adresse : Al-Hilal

Tél. : 0661 507819 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : Casablanca Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : YUMO



## 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.

N° W21-640949

|                                                                       |                                          |                                         |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>                               | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                                         |                                          |                                         |                                        |
| Matricule : <b>74110</b>                                              | Société : <b>RAM</b>                     |                                         |                                        |
| <input type="checkbox"/> Actif                                        | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)    | <b>Autre :</b> <i>Fatima El Aarai</i>   |                                        |
| Nom & Prénom : <b>Fatima El Aarai</b>                                 |                                          |                                         |                                        |
| Date de naissance : <b>10-12-1965</b>                                 |                                          |                                         |                                        |
| Adresse : <b>102, Riadelle</b>                                        |                                          |                                         |                                        |
| Tél. : <b>0661407879</b> Total des frais engagés : <b>1799.10</b> DHS |                                          |                                         |                                        |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |
| Cachet du médecin :                                                                                                                                               | <b>Dr. J. SIBAÏ</b><br>CARDIOLOGUE<br>Angle 38, Bd. Lalla Yacout et<br>1, Rue El Araar - Casablanca<br>Tél: 05 22 20 45 45 - 05 22 47 18 90<br>Date : 01/07/2021 |
| Date de consultation :                                                                                                                                            | <b>15/07/2021</b>                                                                                                                                                |
| Nom et prénom du malade :                                                                                                                                         | <b>Fatima El Aarai</b>                                                                                                                                           |
| Lien de parenté :                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Lui-même <b>Elle</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <b>Elle</b>                                                                      |
| Nature de la maladie :                                                                                                                                            | <b>Cholestérol</b>                                                                                                                                               |
| 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 - Fès** Signature de l'adhérent(e) : **El Jadida - Fès** Le : **17/07/2021**

|                                                                                                                            |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>VOLET ADHERENT</b>                                                                                                      |                                               |
| Déclaration de maladie                                                                                                     | N° W21-640949                                 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |                                               |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).                                                                                      |                                               |
| Matricule : <b>74110</b>                                                                                                   | Nom de l'adhérent(e) : <b>Fatima El Aarai</b> |
| Total des frais engagés : <b>1799.10</b>                                                                                   | Date de dépôt :                               |

#### 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                                         |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17 MAI 2021     |                   |                       | 350                             | INP Afip 38.100 1 alla Yacoubi<br>094129718<br>1, Rue de la République 46 7890<br>Tél.: 05 22 46 79 09 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                               | Date     | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE LAHJAAMA<br>Nadia ZEMMAMA<br>Adresse du Pharm. Residence Taghazout<br>Tél.: 05 22 20 28 67 | 17.05.21 | 1799.46               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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.

## 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 canalaires, 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.<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             |                                              |
|                               | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                               | D<br>00000000<br>35533411                 | B<br>00000000<br>11433553 |             | 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'EXECUTION

# Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris

Horaires d'ouverture :  
du Lundi au jeudi 9h à 15h.

Samedi 9h à 11h.

Fermé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche.

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الاثنين إلى الخميس من 9h إلى 15h

والسبت من 9h إلى 11h

العادة مفتوحة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

الرقم الوظيفي 1. Rue El Araar - Casablanca et  
Angle 38 - 1, Rue El Araar - Casablanca  
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le ..... 17 MAI 2021

Ac Farid FATIMA - Elzouhra

REGIME SANS SEL

239,00 x 7

Co Aperol 300/125, 1g x 21

1017254

TRAITEMENT DE 3 MOIS

63,20 x 2

Spzal

1g x 21

TRAITEMENT DE 3 MOIS

T = 1799,40

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMAMMA

Angle du Phara, Résidence Taghazout Dr. J. SIBAI  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 87 CARDIOLOGUE  
1, Rue El Araar - Casablanca et  
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
  
6 118001 081035

Lot : 3381  
Mfg: 10 2020  
EXP.: 10 2023  
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
  
6 118001 081035

Lot : 3380  
Mfg: 10 2020  
EXP.: 10 2023  
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
  
6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
  
6 118001 081035  
16...  
-... medicine - ...  
-... for use

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
  
6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
  
6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
  
6 118001 081035