

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-587021

80449

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01524

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Autre :

EL ANSARI Abdelhak

Date de naissance :

19/03/1949

Adresse : 22 Rue d'AVESNES Résid. BORJ MALAKIA

Appt. 4<sup>e</sup> Etage 4<sup>e</sup> BELVEDERE - CASABLANCA

Tél. : 06 66 40 42 43

Total des frais engagés : 1421,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeslam SEBTI  
CARDIOLOGUE  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Juvencel)  
Bd. 11 Janvier - CASABLANCA  
Tél: 0522 44 58 81 - 0522 31 57 70

Date de consultation :

2 / 8 / 21

Nom et prénom du malade :

El Ansari M'hamed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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.

11 AOUT 2021

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 : 02/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

## **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 Paiement des Actes
21/8/11	URGENCE		300	INP : <u>                  </u> Dr deslam SEBTI PHYSIOTHERAPEUTE soldat Jouenel ANCA 770

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASABLANCA 3, Bd Med V - Casablanca Tél: 0522 30 30 82 002009233000001	le 09/08/21	1121,50 DHS

#### **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
		A M	P C	I M	I V	

## 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"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

DISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# جامعة تشخيص و الاستئاف لامراض القلب والشرايين

Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي  
اختصاصي في أمراض القلب  
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le

21/11

Mr. Aouani Moulou

24,70x3

Cardio -> 1m

S.V.  
S.V.

X1

Caribeen

S.V.

S.V.

X1

153,60

X2

cholesterol

S.V.

S.V.

X1

9,100x3

AMLODIPINE

S.V.

X1

89,70x3

Atorvast.

S.V.

X1

37,00

M

112,1,50

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Dr. Abdesselam SEBTI  
CARDIOLOGUE  
33, Rue du Yamenex. Soldat Jouvencel  
Bd. 11 Janvier - CASABLANCA  
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

PHARMACIE LA RESISTANCE  
CASABLANCA  
33, Bd Med V - Casablanca  
tel: 0522 30 30 82  
CEN: 002009/330000061

E-mail : drsebti@hotmail.com

05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70 - الهاتف : 33. زنقة اليمن - شارع 11 ينغير - الدار البيضاء

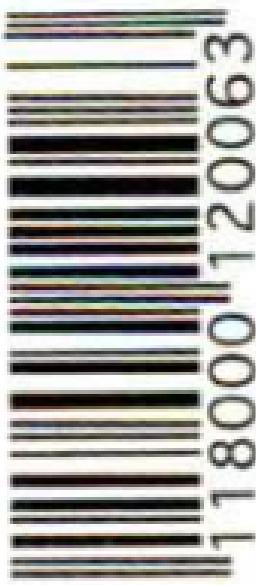
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

# ATENOR® 100 mg

Aténolol

ATENOR® 100 mg

— 28 comprimés



6 118000120063

Comprimés

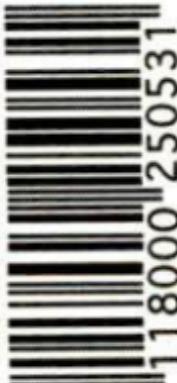
28

32,00



**Amloz®** 5 mg

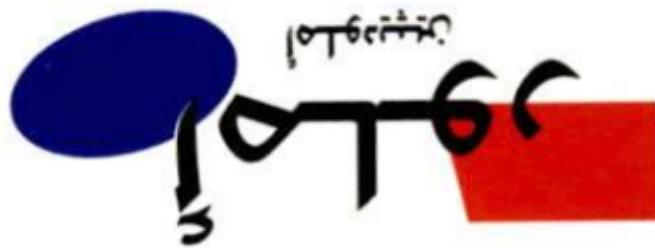
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

LE 28

5 mg



UT.AV :

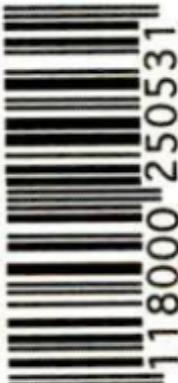
P.P.V.

LOT N° :

8910

**Amloz®** 5 mg

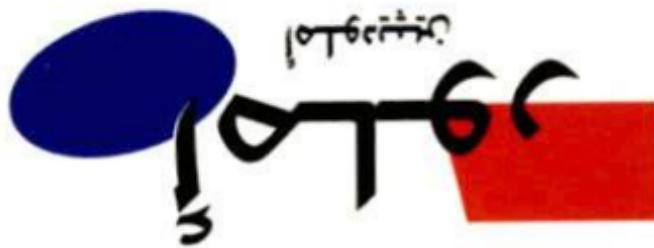
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

LE 28

5 mg



UT.AV :

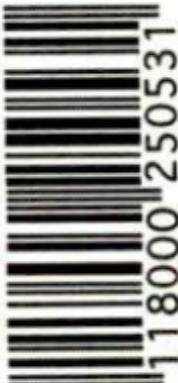
P.P.V.

LOT N° :

8910

**Amloz®** 5 mg

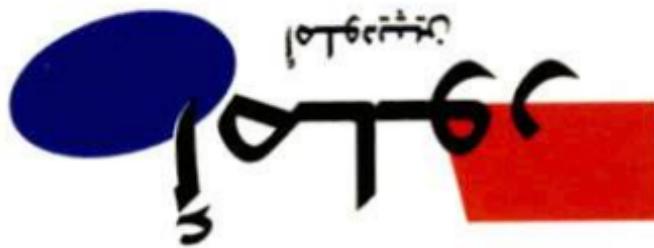
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

8910

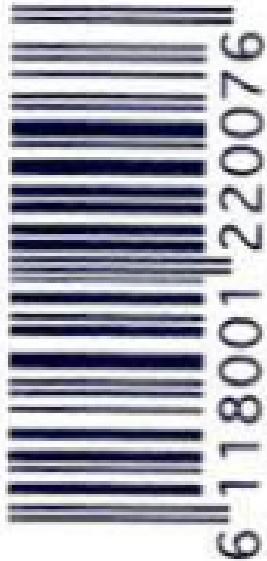
# کول ستقسطین

LOT : P04  
PER : 08/2022  
PPU : 91,00 DH

28 قرصاً

CHOLESTIN® 20 mg

28 comprimés



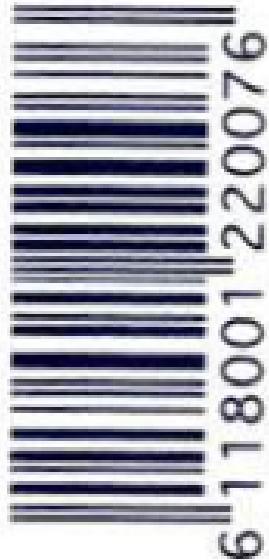
# کول ستقسطین

LOT : P04  
PER : 08/2022  
PPU : 91,00 DH

28 قرصاً

CHOLESTIN® 20 mg

28 comprimés



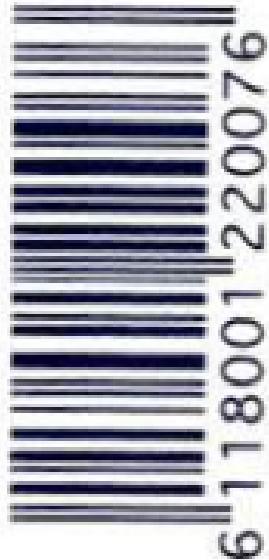
# کول ستقسطین

LOT : P04  
PER : 08/2022  
PPU : 91,00 DH

28 قرصاً

CHOLESTIN® 20 mg

28 comprimés





# Corbesar® Sun

Ibétartan hydrochlorothiazide

Corbesar® SUN 300mg/25mg

Boîte de 28

comprimés pelliculés

Voie orale

6 118000 380559

28

Comprimés  
pelliculés

**300**  
**25**  
mg

PPV :

153DH60

Lot n° :

Exp. :



# Corbesar® Sun

Ibétartan hydrochloride

Corbesar® SUN 300mg/25mg

Boîte de 28

comprimés pelliculés

Voie orale

6 118000 380559

28

Comprimés  
pelliculés

**300**  
**25**  
mg

PPV :

153DH60

Lot n° :

Exp. :



# Corbesar® Sun

Ibétartan hydrochloride

Corbesar® SUN 300mg/25mg

Boîte de 28

comprimés pelliculés

Voie orale

6 118000 380559

28

Comprimés  
pelliculés

**300**  
**25**  
mg

PPV :

153DH60

Lot n° :

Exp. :



# Corbesar® Sun

Ibétartan hydrochloride

Corbesar® SUN 300mg/25mg

Boîte de 28

comprimés pelliculés

Voie orale

6 118000 380559

28

Comprimés  
pelliculés

**300**  
**25**  
mg

PPV :

153DH60

Lot n° :

Exp. :

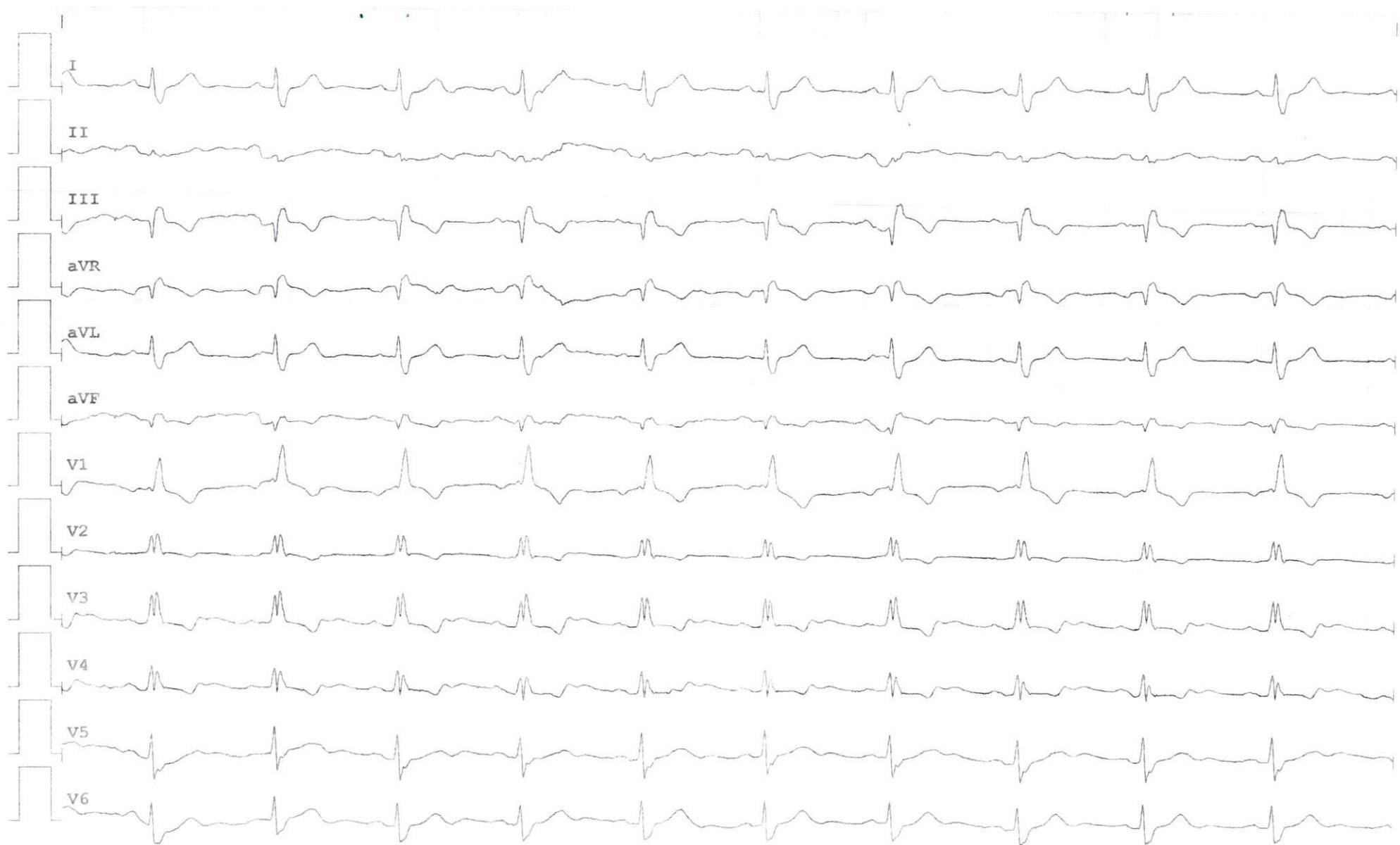
02/08/2021 16:54:54

ID :

Nom : ELANSARI

FC : 64 BPM  
PR/RR : 0,204/0,936 s  
QRS : 0,134 s  
QT\QTc : 0,4/0,413 s

Né le :  
Âge :  
Sexe :  
Dep :



25 mm/s, 10 mm/mV