

# 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.

## 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 ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Prclamation : contact@mupras.com

Mise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

AS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

AS : 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

N° M21- 0056501

MUPRAS  
RECEPTION

Optique  Dentaire  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1547 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : 81302

Nom & Prénom : EL GHIZI Mostapha

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : Fl. Bd AL Gouds. Houy My Abdellah. casab

Tél. : 668487767 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/06/2021

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

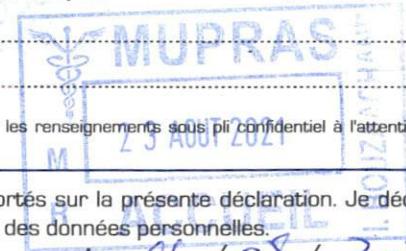
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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.

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 : AS Le : 01/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : Mostapha El Ghizi



## 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
15/06/2011	CS9 ECA	+ 200,00€		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MANSOUR ZINEB	18/06/2011	670,00

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

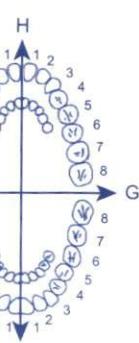
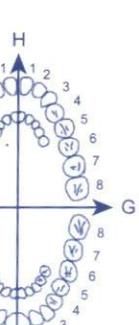
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	G 35533411 11433553	B	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'EXÉCUTION

**Dr. KHADRE MOHAMED FO**

# 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 Echoangiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالداد السفلي

ساقی بمسنونی السیع حبیثه بالدار ابی دار

طبیب سابق چمپستشفسی لودنیشايد بامانیا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

## ORDONNANCE

Berrechid le 18 juin 2021

## **Mr. EL GHAZI MUSTAPHA**

## 1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ APROVEL 150MG

1 Cp/J matin a jeun

3/ ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

Traitement pendant : 4 Mois

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 150 mg cp b.28  
**P.P.V : 158,30 DH**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 150 mg. cp b 28  
**P.P.V : 158,30 DH**  
  
6 118001 080892

**ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés  
dispersibles**

**ASKARDIL®** 160 mg 30 comprimés  
disposables

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebâ Casablanca  
Aprovel 150 mg cp b 28  
**P.P.V : 158,30 DH**  
  
F-118001 P80892

N° 11, Boulevard Mohamed V Bureau N°1, 1<sup>er</sup> étage - Beyrouth  
Tél : 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33 - En cas d'urgence : 06 12 12 12 12