

# 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.

## **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.

## **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.

**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

1182  
60831

## **Déclaration de Maladie : Nº P19-0009383**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 1182 Société : R.E. **Actif** **Pensionné(e)** **Autre**Nom & Prénom : BRIFFET Date de naissance : 22/04/45Adresse : 509, rue asselam aTél. : 693311921 Total des frais engagés : 0 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Docteur Ahmed SETTI**  
**Cardiologue**

Rés. Jassim Houssam, 175, Rue Boukraa-1er Etage  
(Rue de la future internationale à côté de l'Hôpital Mly Youssouf)  
Casablanca - Tel. : 05 22 20 35 84

Date de consultation : 23/01/2021

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

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**Nature de la maladie : DIAB - 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 23/01/2021


## 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
27/01/2021	CS			 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/1/2021	2298,20

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

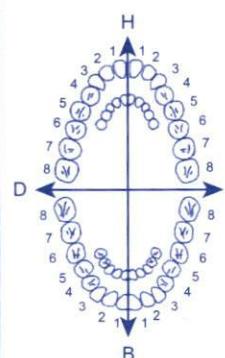
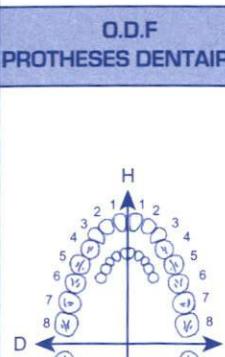
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

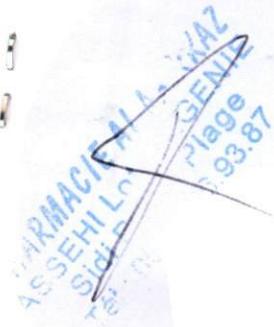
### Important :

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 00000000	G 21433552 00000000 00000000		
	D 35533411	G 11433553		
MONTANTS DES SOINS	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS				



Casablanca le 27/01/2021



Pre Drifti FAJIMA

Copaxix (0 - 0 - 1)  $270 \times 3 = 810$

Rozatrol (0 - 0 - 1)  $147,40 \times 2 = 294,80$

Lerothynox (1 - 0 - 0)  $84,40 \times 2 = 168,80$

Silox (0 - 0 - 1) 56,60

Venibios (1 - 0 - 1)  $405 \times 2 = 810$

Naohx special ( $\frac{1}{2}$  - 0 - 0)

Dress 20 (1 - 0 - 0)

Sepcensos (1 - 0 - 1) 71

2298,20

\* CENTRE CARDIOLOGIQUE CASABLANCA  
19, Bd. Hassan 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca - Tel: 0522.30.22  
Fax: 0522.39.00

Dr. Ahmed Houssem BEN YOUSSEF  
Assassin Houssem 17<sup>e</sup> Rue Krafft 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca - Tel: 0522.30.22

Urgence 24h/24h المستعجلات

المستعجلات 24h/24h Urgence

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email. [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. #: 001742957000024

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 10384700132 48

١٩. شارع ابن سينا، الدار البيضاء الهاتف: ٠٥٢٢٩٤٣٩٣٣ - الفاكس: ٠٥٢٢٩٤٣٠٢٢

بياناً: 35806678 - ت: 1004548 - ص: 6021589 - وض: 132 - 48 التعريف البنكي: 01384700132 01104 013 780

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
**P.P.V : 270,00 DH**  
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
**P.P.V : 270,00 DH**  
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
**P.P.V : 270,00 DH**  
6 118001 082018

LOT : 20E06  
PER : 07/2024  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

**Ineso 20 mg**  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique  
6 118000 410447

**Ineso 20 mg**  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique  
6 118000 410447

ROZAT ® 10 mg  
Rosuvastatine  
28 comprimés pelliculés  
6 118000 041771

ROZAT ® 10 mg  
Rosuvastatine  
28 comprimés pelliculés  
6 118000 041771

PPV: 147DH40  
PER: 06/22  
LOT: J1831

PPV: 147DH40  
PER: 06/22  
LOT: J1831

NOVARTIS  
PPV : 405,00 DH

UPERIO® 100 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH  
6 118001 081726