

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

N° M21- 1058432

99328

Optique  Autres

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH WAHIB

Date de naissance : 26.08.1955

Adresse : Rond Point Benou Rabi Rue Sardé

Maroc

Tél. : 061.18.11.17 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2021

Nom et prénom du malade : BENCHEIKH EL ATTAHWAHIB Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sénile CV/Arthrose

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 : 31/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-058432

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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
31/12/2021	03		6000	
20/12/2021				19 DEC 2021 DR. M. V. R. REDDY C. A. D. C. M. L. R. C. S. M. L. C. V. A.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Le BARTA - Pharmacie Achraf Maârif Rue 12 de la Révolution - Maârif Tunisie - Tel: 0522 25 22 03</i>	<i>31/12/2021</i>	<i>35,70</i>

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

## 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

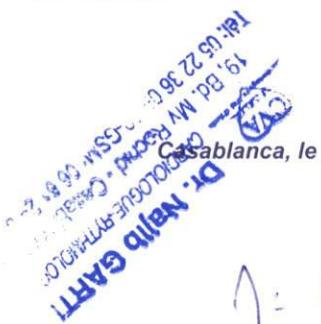
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



URGENCES  
24/24

05 22 36 09 09



Dr Najib GARTI  
Cardiologue - Rythmologue  
Pace Maker  
Défibrillateurs  
Cryoablation de la Fibrillation  
auriculaire  
Traitement des troubles du rythme  
par Radiofréquence  
Echocardiographie Doppler Couleur  
Epreuve d'effort  
Holter tensionnel et rythmique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Limoges (France)  
Sur Rendez - Vous  
Gsm : 0661 24 30 06

32 / 12 / 2022

Mr (Mme) .....

Mr. BENCHERIF EL AITMAN

Mr. AITIB

at 1 mm

- Babilique 95 : 1 cp 1/2 h
- Kardifé 75 : 1 s / j
- S.C.T.A.P 10 : 1 sp / j
- Alpenz 10 : ½ 48 (m)
- Cavarhythm 5 : 1 cp 1/2 h
- Sotriptol 40 : ½ 48 m coude
- 35,70
- Madame BANNAI PATIEN  
Pharmacie Achraf  
Boulevard Maârif  
Casablanca - Tel: 0522 25 22 09*
- 11.104562  
31/12/22

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa  
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

# Alprazolam

## Alprazolam

## 28 Comprimés sécables Voie orale

35,70



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

DISCONNECTED LEE DOCKER INDEPENDENT

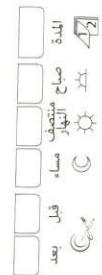
**ج - آخر المحرّان المورّج**  
**Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)**  
**يصرّ بحسب وصفة طبية. لاتحة (قائمة)**  
**Durée de prescription limitée à 12 semaines**

ગુજરાતી લાંબા કાવ્ય

ملخص 0,5 عن طريق الفم  
قم بالإنكار قاتل قاتل 28



28 قرصاً قابلاً للإنكسار  
عن طريق الفم



سوطیما  
Sotema

## **praz® 0,5 mg**



**COMPOSITION :**  
 Exipients ..... 0,5 mg  
 q.s.p. 1 comprimé  
**EXCIPENT A EFFET NOTOIRE : Lactose.**  
**POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :**  
 Lire attentivement la notice avant utilisation.  
 VOIE : RALE.