

## 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.

N° W21-700957

(218547)

|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique            | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |                                       |   |                                 |
| Matricule :                                 | 1327                                  | Société :                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | Retraite                        |
| Nom & Prénom : EL ASLY Mohamed              |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 1938                    |                                       |   |                                 |
| Adresse : Sidi Ifac au 1 Rue 57 N° 80       |                                       |   |                                 |
| Tél. : 0667375770                           | Total des frais engagés : 1105,50     | Dhs   |                                 |

|   |                                   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                   |                                 |
| <p>Cachet du médecin : </p>   |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | 23/05/22                          | Age:                              |                                 |
| Nom et prénom du malade :   |                                   | NOUARI SANDA                      |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : HPAI palpitation   |                                   |                                   |                                 |
| 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 : 07 / 06 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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                             |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|--|
| 23/05/22        | U + EG            | 300<br>0%<br>0%       | INPE : 159100681<br>N°122 Ain Chock à Casablanca<br>Pd. El Qods N° 522 530 - INPE : 091190 | INPE : 159100681<br>N°122 Ain Chock à Casablanca<br>Pd. El Qods N° 522 530 - INPE : 091190 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE D' LYDUBI - RITA -<br>62, Bd. Chouaib<br>CASA - Tel : 05.22.23.52.92 | 23/05/22 | 1105,52               |

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

بيروفلوكساسين

LOT: M0705  
PER: 02/2024  
PPV: 129,90DH

مضاد حيوي واسع الد

Victor Segalen Bordeaux II France

Diplômée en échocardiographie cong

Université Claude Bernard Lyon France

SYNTHEMEDIC France

22 rue zoubier khou al ouaam roches  
noires casablanca

INT'XIUM

20 mg Cpr GR

Boute 14

64015DMP/21NQ. P.P.V: 92,10 DH

8 118001 020591

aa F  
e et ma  
cine de  
de la t  
LOT  
EXP  
PPV

220506

02 2025

60.00

60,00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâ Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 081233

دبلوم أمراض القلب للأطفال و

من كلية كلود بربنار ليون فرنسا

طبية داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالبيضاء

طبية سابقاً بالمستشفى الجامعي رونن بفرنسا

PHARMACIE EL ANBAR

Dr LYOUBI - RITA - Toulouse

62, Bd. Chouaib Doukkali CASA - Tél : 05.22.28.52.99

Casablanca le:

23/05/22

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâ Casablanca

Mono-Tildiem Ip300mg

gelules b28

P.P.V : 218,00 DH

6 118001 081233

Mme NOUARI SAADIA

218x3

① Mono Tildiem 300

27,70x3

② Cardiaspirine 100

60,00

③ Medivene 600

28,8x3

④ Sulpi Doloso 100

129,90

⑤ Ulip 100

92,10

⑥ Imexal

110,55

⑦ Dr. Hasnaa FARES  
CARDIOLOGUE

إقامة الورود، الطابق 1 رقم 112 حين الشقة 5 الدار البيضاء

Bd. ElQods Résidence les Rosiers, 1er étage N°112, Ain chokh

Tél.: 0522 522 530 - 0663 800 124 - Email: faresse.h1@hot.com

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

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

6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

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

6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

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

6 118001 090280

PPV

LOT

PPV

LOT

PPV

LOT

PPV

LOT

Bonjour

Nous avons bien reçu votre dossier, votre demande est en cours de traitement.

Nous vous rappelons l'obligation de déposer à la Mutuelle, tout dossier envoyé par mail sous peine de rejet.

En cas de non réception de votre feuille de mutuelle et du dossier physique complet, sous un délai maximum **d'un mois après la fin de date de validité du 3 mois à compter de la date de l'exécution d'acte**, nous serons contraints de défaillir les montants déjà remboursés de vos prochains remboursements.

Cordialement.

---

**De :** Nadia Elasly <nadiaelasly@gmail.com>

**Envoyé :** mercredi 8 juin 2022 11:42:12

**À :** RFM MUPRAS

**Objet :** Re: DOS MALADIE 700957

[Texte des messages précédents masqué]

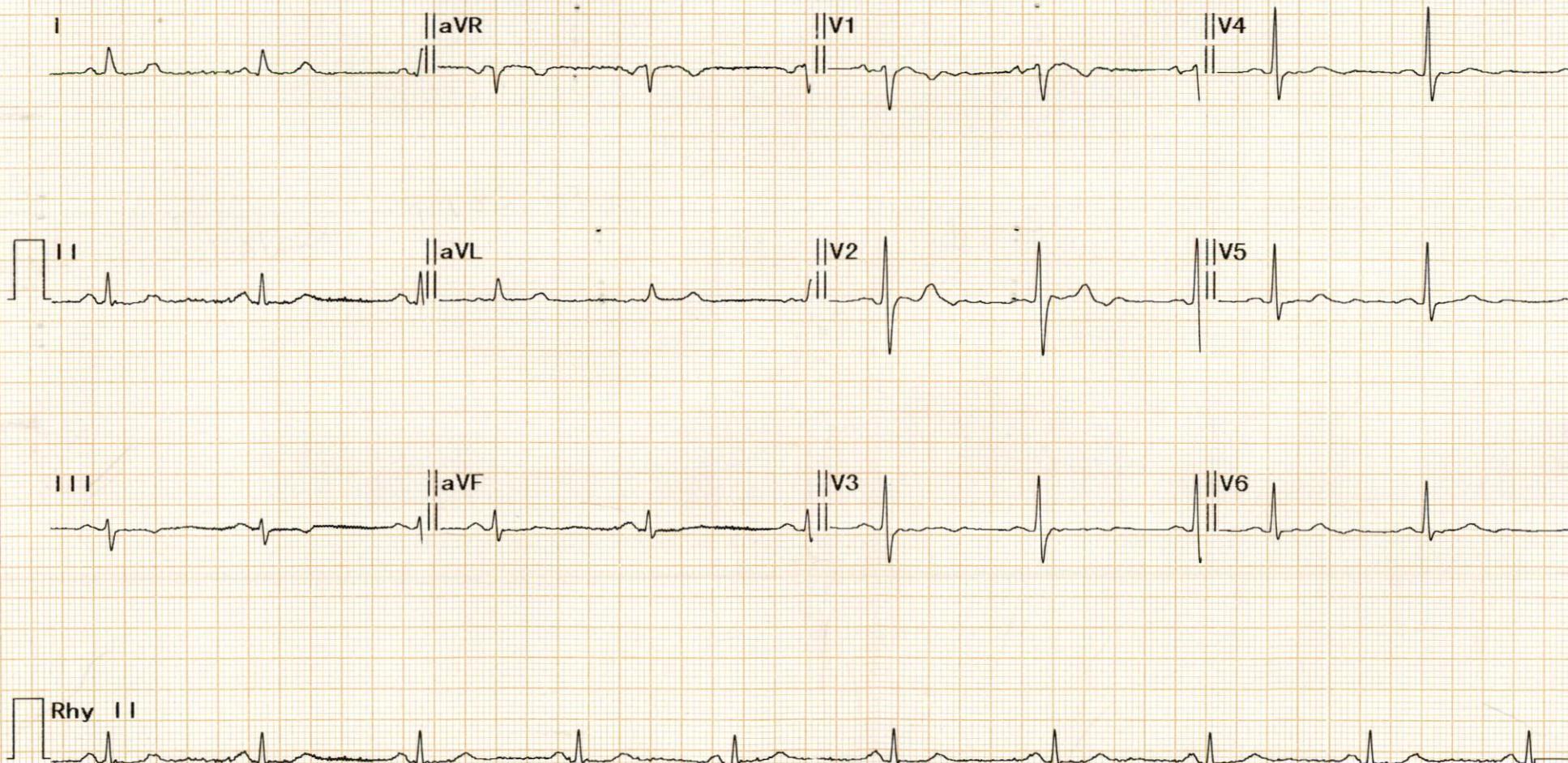
ID : 2205230000  
Nom : nouari saadia  
Sex :  
Divisions:

HR 59 bpm  
P Dur/PR int 130/154ms  
QRS Dur 92 ms  
QT/QTC int 393/389 ms  
P/QRS/T axis 62/11/26 °

DataTime: 2022-05-23 10:44 Hospital:  
Age : TAILLE : cm  
BP : mmHg POIDS : kg  
LIT PAS. : 1° hôpital NO. :

RV5/SV1 amp 1.046/0.637mV  
RV5+SV1 amp 1.683mV  
RV6/SV2 amp 0.876/0.895mV

Minnesota Code Diagnosis Info  
8-8-3 814 bradycardie  
5-5-0 (V4)  
9-4-1 (V3)



Diagnostic de référence, demandez à votre médecin pour confirmer

AUTO PRINT 3X4+1R 58bpm 10 mm/mV 0.50Hz-25Hz AC 50Hz 25 mm/sec

Confirmed By: