

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

## Conditions générales :

- La 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064545

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2.109 Société : Retraite  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Mary Yohemed  
 Date de naissance : 21/05/1948  
 Adresse : 53 Bd. Yeholi Ben Barba Bourgoque  
 Casablanca  
 Tél. : 0661450376 Total des frais engagés : 2548,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/05/2022  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique / Infarctus  
 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 : 10/05/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/05/2028	[Signature]		Gah-f	Docteur KADI CARDIOLOGUE Iman Center Rue Arrachid-Med Elg 7 No. (Angle Av des FAR) - CASABLANCA Tel: 05 22 31

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL MANAR</p> <p>CASA S.A.R.L. AU</p> <p>48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgoine</p> <p>CASABLANCA</p>	09/05/22	T= 2548,10

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

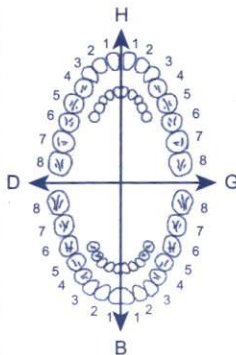
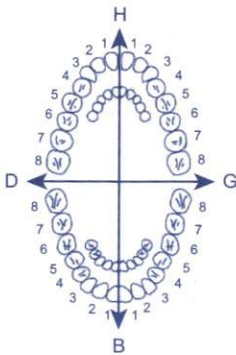
[illegible]

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



# Docteur Kadi Anis CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de  
L'université d'état Lomonossov de Moscou

Ex-interne du Centre de Recherche  
Cardiovasculaire Bakulev



## Cabinet d'Explorations Cardio-Vasculaire

09/05/2022

Casablanca, Le .....

## الدكتور قاضي أنيس أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بجامعة  
موسكو الحكومية لومونسوف

خريج مركز أبحاث القلب  
و الأوعية الدموية باكولف

### MR NAOUY MOHAMED

- Coplavix 75mg/100mg**  
1 comprimé, matin, après le petit déjeuner, pendant 3 mois
- Uperio 100 mg**  
1 comprimé, matin, soir, pendant 3 mois
- Cardensiel 2,5 mg**  
1.5 comprimé, matin, pendant 3 mois
- Tahor 20 mg**  
1 comprimé, soir, pendant 3 mois
- Oedes 20 mg**  
1 gélule, soir, pendant 1 mois

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



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



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



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



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



Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Aïnsebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH



OEDES 20mg  
28 gélules



LOT 210828  
EXP 01/2024  
PPV 99.00DH

TAHOR® 20mg  
28 comprimés pelliculés



UT. AV. : P.P.V  
01 2025  
LOT N° : 103 40  
FW 7216

+212 5 22 31 53 48

cardiokad@gmail.com

IMAN CENTER Rue Arrachid Mohamed, Étage 7<sup>ème</sup>, N°2 (Angle Av. des Forces Armées Royale)  
CASA BLANCA 20110 الدار البيضاء رقم 2، الطابق 7، مركز إيمان زنقة الرشيد محمد (زاوية شارع الجيش الملكي)