

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](http://www.mupras.com)

128014

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0020508**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5204** Société :

**RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**BERRADA NAIMI**

Date de naissance :

Adresse :

**06611462861** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr ZOHEIR Fatima  
Cardiologue  
Casablanca**

Date de consultation :

**14/08/2022** Nom et prénom du malade : **BERRADA NAIMA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**HHT** **Diabète**

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRE 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
10/08/2011		6	3000	Dr ZOHEIR FATHI Cardiologue Casablanca
8/8/2011				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08 20/92	Montant de la Facture 100,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
																		
			Coefficient des travaux															
			Montants des soins															
			Début d'exécution															
			Fin d'exécution															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	35533411 11433553		
	H	25533412	21433552															
	D	00000000	00000000															
	-----																	
	B	00000000	00000000															
	35533411 11433553																	
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																		



Diplômée de la faculté de Lyon

Ex Assistante attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

11/08/2022

Casablanca tel:

Mme Bernadette Naima.

27.70 x 3

1) eaudis Aspirin 100 mg

165.50 x 3

11/08/2022 46 mg

11/08/2022 87.50 x 3

2) Nebulet

3) Autob

4) Gueso

5) L Dose

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

SYNTHEMEDIC 165,50

22 rue zoubier bneu al aquam roches

SYNTHEMEDIC 165,50

22 rue zoubier bneu al aquam roches

noires casablanca

ATACAND

16 mg Cpré

Boîte de 30

140/16 DMP/21/NRQP.P.V. : 165,50 DH

6 118001 090280

87.50

VIGNETTE

NEFIL ET® 5mg

\* VIGNETTE

NEFIL ET® 5mg

\* 1 comprimés

NEF 87DH50

2

F

VIGNETTE

BILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

LOT: M0682  
PER: 01/2024  
PPV: 75,00DH

LOT: 220579

EXP: 04/2025

PPV: 57,80DH

230, شارع ابراهيم روحي مولوي 22، الدار البيضاء

230, Boulevard Brahim Yousfi F.P.A Route de la Gouda, Maârif - Casablanca

Tel: 05 22 25 2181

LOT: 220579

EXP: 04/2025

PPV: 57,80DH

LOT : 220579  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

14<sup>00</sup> Slipper 10<sup>00</sup> -

72

PPV: 1.4 DH00  
PER: 06/25  
LOT: L2041

LOT: L2041

1104,50

# PHARMACIE AFAK

BLOC 22 RUE 6 N°74 HAY MOHAMMADI CASABLANCA  
ICE 001612188000062 INP 92001734  
Tél : 0522628370//0663046046  
Patente : 32814368

## Facture N° 362 304 Du 11/08/2022

Mme.NAIMA BERRADA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	LD-NOR 10MG BT 30CP	3	57,80	173,40
CO	NEBILET 5 MG/28	3	87,50	262,50
CO	ATACAND 16 MG	3	165,50	496,50
CO	DOLIPRANE 1GR CES	1	14,00	14,00
CO	CARDIO ASPIRINE 100MG	3	27,70	83,10
CO	INESO 20 MG BT 14 CP	1	75,00	75,00
6	<b>Total</b>	14		<b>1 104,50</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MILLE CENT QUATRE DIRHAMS ET CINQUANTE CENTIMES

Pharmacie AFAK  
BLOC 22 Rue 6 N°74  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 0522628370//0663046046  
Patente : 32814368

Berrada, Naima  
ID:  
D-naiss  
ans,

11-Aou-2022 10:58:10

Fréq. Card. 58 BPM  
Int PR 162 ms  
Dur.QRS 79 ms  
QT/QTc 405/402 ms  
Axes P-R-T 48 13 46

