

# 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

- 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)

N° P19-0029053

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1064

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAZIHI

ADDELAZIZ

Date de naissance : 1956

Adresse : Habousse

Tél. : 0649122778 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/08/2011

Nom et prénom du malade : NAZIHI ADDELAZIZ Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : insuffisance cardiaque

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/08/2022	Centres de soins	6	300,00	<i>ME Yousser</i>
19/09/2022	Centres de soins	3	300,00	<i>ME Yousser</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ABOU TAYEB</b> Rue 36 N°04, Massira 2, Bourazal Casablanca Tél. 0522 70 22 44 INPE 0001197	31 08 0522	1638,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 et indiquer la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création remont. adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram shows a 10x10 grid of 100 circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is centered at the origin (0,0). The axes are labeled D (left), G (right), H (up), and B (down). The numbers are arranged in a symmetric pattern, with values increasing towards the center and decreasing towards the edges. The grid is bounded by the following coordinates:

- Top row (H):** (0, 1), (1, 1), (2, 1), (3, 1), (4, 1), (5, 1), (6, 1), (7, 1), (8, 1), (9, 1)
- Bottom row (B):** (0, -1), (1, -1), (2, -1), (3, -1), (4, -1), (5, -1), (6, -1), (7, -1), (8, -1), (9, -1)
- Left column (D):** (0, 1), (0, 2), (0, 3), (0, 4), (0, 5), (0, 6), (0, 7), (0, 8), (0, 9), (0, -1)
- Right column (G):** (9, 1), (9, 2), (9, 3), (9, 4), (9, 5), (9, 6), (9, 7), (9, 8), (9, 9), (9, -1)
- Top-left corner (D, H):** (0, 1)
- Top-right corner (G, H):** (9, 1)
- Bottom-left corner (D, B):** (0, -1)
- Bottom-right corner (G, B):** (9, -1)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Youssef jarmoune

Cardiologue Adulte - Enfant

- Diplôme de la Faculté de Médecine de C
- Ancien praticien du CHU de La Timone -
- Diplôme de cardiologie congénitale et pé
- Diplôme d'Echoangiographie Adulte de la
- Membre de l'European Association of Cardio
- Diplôme d'ETO - American Society of Echocardiography

UT. AV.:

P.P.V

LOT N°: 01 2025

103 40

FW7216

UT. AV.:

P.P.V

LOT N°: 01 2025

103 40

FW7216

09366138/3

09366138/3

103,40 + 2

159,90

366,70

S.V

1/ TAHOR 40 MG

1/2 cp le soir 03 mois

207,42 = 414,10

2/ TRIATEC 10 MG

1/2 cp le matin 1/2 soir 03 mois

S.V

270,42

3/ CO PLAVIX

1cp par jour le MIDI 03 MOIS

56,60 x 4 = 226,40

S.V

4/ STILNOX 10 MG

1/2 cp avant de dormir 20 min ou zolpidox 10mg

5/ S CITAP 5 MG

1cp le matin 03 mois

S.V

6/ VASTAREL 80MG

IGEL/J JOUR ARRET 24 H AVANT OPERATION

45,50 x 2 = 91,00

7/ SEDATIF PC

1cp x3/ jour 01 mois

PHARMACIE ABOU ZAID

Rue 36 N°04 S.A.R.L  
Massira 2. Bourazal  
Casablanca  
Tel 0522 70 22 88  
0522 71 30 79INPE  
092001197

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
Ain seba Casablanca

Copilavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

Lot:

M8010202

Exp.:

CIP: 3400931233879

01/2023



Lot:

M8010202

Exp.:

CIP: 3400931233879

01/2023



TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH80

laboratoires  
S.A.JARMOUNE You  
Cardiologie adulte - Pa  
et Congénitale Urgences

Tel 06 17 42 92 21

PER.: 09 2025

LOT : 21E007

P.P.V : 56DH60

CP PEL SEC B20

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118001 0861465

BOTTU SA  
PRV : 45 DH 50

Ét  
roubl

Sér

BOTTU SA  
PPV : 45 DH 50

Trou

## Sé

207.00

2071.00

207,00
207,00