

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0038254

135134
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2867

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EDDARI EL NOSSAFA

Date de naissance : 18/11/1955

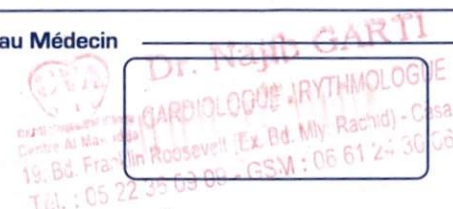
Adresse : 49 Rue d'Algerie C.A.S.A

Tél. : 0661321595

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A

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 : 27/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
27/10/2022	2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

27/10/2022 2437,70

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

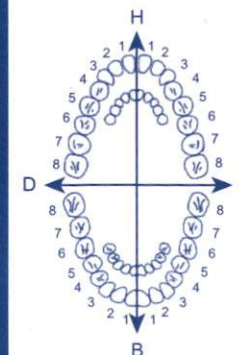
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

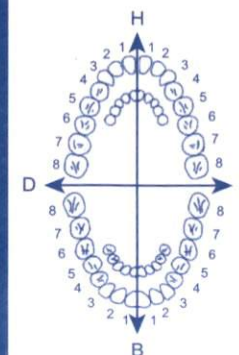
H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cardiologie Val d'Anfa

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

Casablanca, le

27/10/2022

Mr (Mme)

3x87,50 = 262,50
Nabil 5. 14)
3x22,40 = 67,20
Askandil 7r. 11)
3x208,00 = 624,00
Covum 5/5. 11)
3x107,60 = 322,80
91,00 + 2x92,00 11)
3x63,20 = 189,60
3x126,10 = 378,30
3x96,00
3x50,10

EDDARI N. 13m

2437,70



19, B.I. 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

LOT 22.1260
EXP 04.20.5
PPV 107.60

PPV: 96DH00
PER: 04/24
LOT: K3638-1

PPV: 96DH00
PER: 04/24
LOT: K3638-1

F.TRENKA

Lot: 4 2 3 0 A
EXP: 0 9 . 2 0 2 6
PPV: 9 1 . 0 0 D H S

Lot: 4 2 2 2 A
EXP: 0 9 . 2 0 2 6
PPV: 3 2 . 0 0 D H S

Lot: 4 2 1 7 A
EXP: 0 9 . 2 0 2 6
PPV: 3 2 . 0 0 D H S

63,20

63,20

LOT : 6402
UT. AV : 01-25
P.P.V : 32 DH 00

LOT : 6601
UT. AV : 01-24
P.P.V : 32DH00

PH.CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° CNSS : 1175638

N° ID.F. : 20763230

N° ICE 001727771000005

Tel : 022277534

Fax 022208027

Mr eddari mustapha

Le : 27/10/2022

FACTURE N°: 9648/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22,40		67,20
3	COSOPT COLLYRE	126,10	7	378,30
3	COVERAM 5MG/5MG BT/ 30 CP	208,00		624,00
2	EUCARBON /30CPS	32,00	7	64,00
1	EUCARBON B100	91,00	7	91,00
3	NASONEX 40DOSES	50,10	7	150,30
3	NEBILET 5MG 28CPS	87,50		262,50
3	PRAZOL 20MG /28GELULES	96,00	7	288,00
3	STAGID 700MG /100CPS	107,60		322,80
3	ZYRTEC 10MG 15CPS	63,20	7	189,60

TVA 7%: 75.97

Total : 2 437,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de
DEUX MILLE QUATRE CENT TRENTE SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

