

# 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 rééducation.
- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 072704

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450

Société :

RETRMITE

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

M<sup>lle</sup> CHEDDAD FARIDA

NOUALA BEN ZERAOULA

Date de naissance :

Adresse :

43 Rue ABOU EL ABRAS EL AZFI MARRAKH

Tél. :

0522951289

0640322349

Total des frais engagés :

1000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/10/2022

Nom et prénom du malade :

CHEDDAD FARIDA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




# 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
17/10/2022	ECG		3000hs	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture


17/10/22      398,70

# 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

AM    PC    IM    IV


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

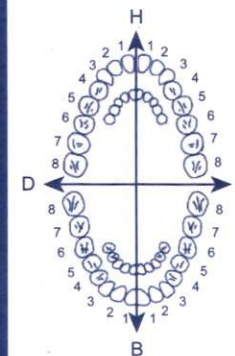
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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    G  
35533411    11433553  
B

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

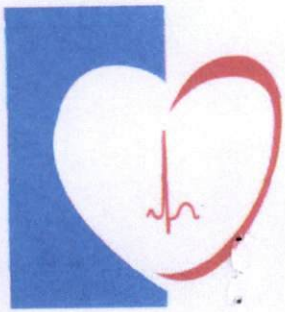
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 17/10/2022

باسم الشافي

Mme CHEDDAD FARIDA

الدكتور محمد بوزوباء  
أمراض القلب والشرابيين

125,40  
(41,80 x 3)  
1/ AVLOCARDYL 40

1/2 CP X 2 /J

PPU: 168,20 DH  
LOT: 649462  
PER: 02/24

Dr. M. BOUZOUBAA

CARDIOLOGUE

83,10  
(27,70 x 3)  
2/ CARDIO-ASPIRINE

1 CP /J M

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V: 41DH80  
LOT: 21E015  
PER: 11/2024  
6 118000 010227

22,00

168,20

Echocardiographie Doppler Couleur

3/ Traitement de 3... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHA

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V: 41DH80  
LOT: 21E016  
PER: 11/2024  
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V: 41DH80  
LOT: 22E002  
PER: 04/2025  
6 118000 010227

Rhumix®  
Boîte de 10 sachets  
P.P.V: 22,00 DH  
LOT: 0920280  
6 118000 191032

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionnel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

398,70

Madame PARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Mohamed VI  
Casablanca - Tél: 05 22 27 20 20

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE  
13, Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)  
Rés. Ilias, N°6 - Bourgogne - Casablanca  
Tél: 05 22 27 20 20 - Fax: 05 22 27 15 15

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V: 27,70 DH  
LOT: 0920280  
6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V: 27,70 DH  
LOT: 0920280  
6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V: 27,70 DH  
LOT: 0920280  
6 118001 090280