

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Nº W21-680128

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)							
Matricule : <b>664</b>				Société : <b>1362911</b>			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)				<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : <b>Sebban Fatima</b>							
Date de naissance : <b>01/01/1946</b>							
Adresse : <b>110, Bd Yacoub el Mansour, résidence ANAS, Etage 3, Apt N° 6, Maârif Casa</b>							
Tél. : <b>06656299900</b>				Total des frais engagés : _____ DHS			

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

<input checked="" type="checkbox"/>	Cadre réservé au Médecin	<input type="checkbox"/>	Docteur BOUKIIMA Naoual
Cachet du médecin		Spécialiste en Cardiologie	
ACCUEIL		92, Bd Zerkouni, Espace Erredha Casablanca	
Date de consultation : <b>1 NOV. 2021</b>		Tél. 0522 26 10 00 - 0522 26 10 67	
Nom et prénom du malade : <b>Sabbar Fatma</b>		Age : _____	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Affection cardiaque</b>		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
01/11/2022	11.8000	1.	5000	INP INP 091037671 Dr. BOUKHIMA Nabil Spécialiste en Cardiologie Dr. Zarkouni, Espace Errachidia 52, Bd Casablanca 06222610

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/22	2 264,70 D

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE DES MONTANTES 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة بوخيمه نوال

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين

أستاذة مساعدة سابقاً بجامعة لوفن

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban  
42 cps

P.P.V : 909,00 DH  
Bayer S.A.

LOT 222200

EXP 06 2026

PPV 46.70 DH GIE

sistante au CHU - UCL  
raphie de repos et d'effort  
Doppler Pulse-Continu Couleur  
te et Pédiatrique

raphie Transthoracique  
magienne et de stress  
des Electrophysiologiques  
et Holter Tensionnel  
rdiaque et Soins intensifs

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban  
42 cps

P.P.V : 909,00 DH  
Bayer S.A.

raphie Transthoracique  
magienne et de stress  
des Electrophysiologiques  
et Holter Tensionnel  
rdiaque et Soins intensifs

6 118001 090785

Espace Erreda, 52, Bd. Zerkouni - CASABLANCA  
(Face au Marché des Fleurs) - Tél.: 05 22 26 10 66

05 22 26 10 67

Patient :

Sebbar. Fatma

مجال الرضا، 52، شارع الزرقطوني - البيضاء

(مقابل سوق الورود) - الهاتف: 05 22 26 10 66

05 22 26 10 67

Casablanca, le

04.11.2022

Treatment 5/11/2022 Mus:  
Subox 50 mg Am 105 plus 5/11/2022 16w-  
Xarelto 15 mg 5/11/2022 15w-  
Ramipril 100 5/11/2022 16w-  
Zytobic 100 5/11/2022 16w-  
Lubipro 162P 5/11/2022 16w-  
Lubipro 162P 5/11/2022 16w-

54,00

Ramipril Win® 5 mg

30 Comprimés  
sécables

OKHIMA Naou

en Cardiologie  
uni Espace Erreda  
nca  
0522 26 1051

Ne pas utilisé c'est ouvert

246  
08/2023  
EM2877

54,00

54,00

PPV /  
EXP: /  
LOT: /

246  
08/2023  
EM2877

PPV /  
EXP: /  
LOT: /

246  
08/2023  
EM2877

PPV /  
EXP: /  
LOT: /

Ne pas utilisé c'est ouvert  
246  
08/2023  
EM2877

PPV /  
EXP: /  
LOT: /

246  
08/2023  
EM2877