

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-724139

AU0789



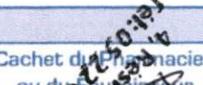
<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule :	1368	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAZGUI LHOU			
Date de naissance : 30. 6. 1948			
Adresse : lot. TADAMOUN, Rue 9 no31 ouffa_Casa			
Tél. : 06.32.80.50.14	Total des frais engagés :	999, 10 Dhs	
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	27/09/2021	Age:	
Nom et prénom du malade : TAZGUI LHOU			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : CARDIOPATHIE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT			
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 :	Casa		
Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 18/12/2022			



#### **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
27/07/10	CTK ECG		150,-00 100,-00	INP Dr. M'hamed BEN YOUSSEF CARDIOLOGUE Rue ZAFAR 67 - Tétouan Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 89 14 NIP: 91170670

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Directeur	Date	Montant de la Facture
	27/09/09	T = 749,10 DH

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>W</b> achet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : ..... 27/09/2022

Nom et Prénom : .....

**TAZGUI Lhou**

*30.7.0x3*  
**KARDEGIC 75**



PER. : 21/09/2023  
LOT : 21E010  
KARDEGIC 75 MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

PER. : 22/09/2023  
LOT : 21E011  
KARDEGIC 75 MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

*59 DHx3*  
**COSTAL 20**



1 comprimé le soir, pendant 3 mois

*44DHx4*  
**CARDIX 6.25**



1/2 comprimé, 3 fois par jour, pen

*92 DHx2*  
**COVERSYL 5 MG**



1/2 comprimé le matin, pendant 3 mo

**COSTAL® 10 mg**

Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 340713

LOT : 220577  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80 D

6 118000 061847

LOT : 211384

EXP : 09/2024

PPV : 99,00 DH

**COSTAL® 20 mg**

Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 340737

LOT N° :

**COSTAL® 20 mg**

Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 340737

LOT : 211384

EXP : 09/2024

PPV : 99,00 DH

LOT N° :

LOT : 201676

UT AV : 11/2023

PPV : 99,00 DH

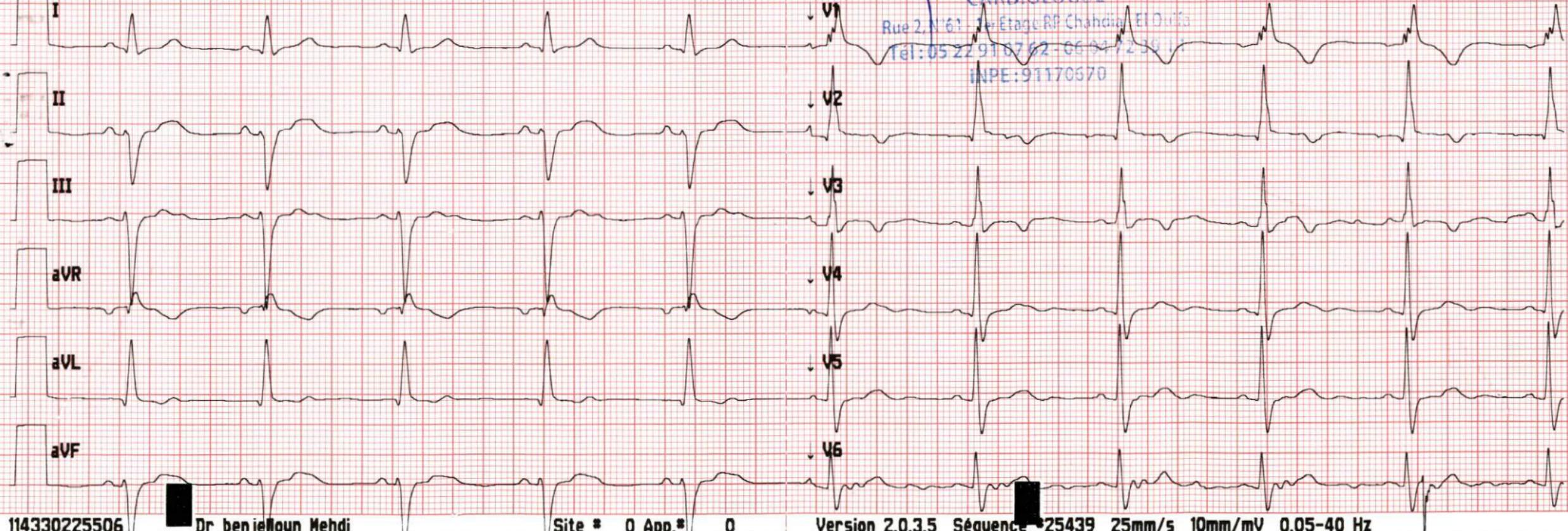
LOT N° :

PHARMACIE RESIDENCE ANNAM  
7 Silouan  
Doctor en Pharmacie  
14, Résidence Annam 15 Oulfa  
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca



27-Sep-2022 15:56:22 Fréq. Card.: 63 BPM  
 Axes P-R-T: 60 -67 35 Int PR: 145ms  
 Dur.QRS: 138ms QT/QTc: 453/461ms

,  
 ID:  
 D-naiss:  
 ans,  
 I



27-Sep-2022 15:56:22

Dr. Mehdi BENJELLOUN JADIS 340 105 511

CARDIOLOGUE

Rue 2, N° 61, 1er Étage RP Chahdia El Djeza

Tel: 0522916752-0621723611

INPE: 91170570

TAR 6/21  
MDJ