

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : 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- 0043612

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2083  
☐ Actif ☐ Pensionné(e)  
 Nom & Prénom : MARIKH  
 Date de naissance : 05/01/1970  
 Adresse : 50 Rue Niant  
 Tél. : 06 77 46 49 60  
 Total des frais engagés : 2458,00 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 : .....

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 : 04/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant le devis	
VOLET ADHERENT	NOM : <u>MARIKH Moham</u>	Mle <u>2083</u>	
DECLARATION N°	W18-390530		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>04.9.2019</u>	<u>2459,00</u>	<u>03 pces</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-390530

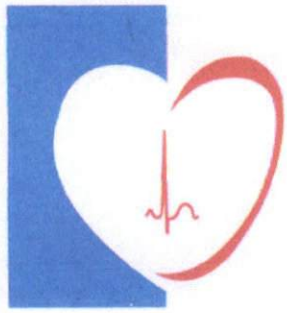
DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>2083</u>	
Nom & Prénom		<u>MARIKH Moham</u>	
Fonction :	<u>Retraite</u>	Phones <u>0677464960</u>	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient <u>MARIKH Moham</u>	
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Age <u>5-A. 1944</u>
Date		<u>02.09.19</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>HMA</u>		<u>Concours - stp</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C+ECG</u>		<u>300chrs</u>	
PHARMACIE		Date <u>02/09/19</u>	
Montant de la facture			
<u>ARMACIE GHALLE</u>		<u>ARMACIE GHALLE</u>	
<u>1996,40</u>		<u>162,16</u>	
<u>2159,56</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. M. BOUZOUBA  
CARDIOLOGUE  
13, Bd. Ibn Tachfine (en face Clinique Badr)  
Bordj - Algérie - 35000  
Tél : 05 22 25 28 51





# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 02/09/2019

باسم القاضي

**Mr MARIKH MOHAMET**

\* VIGNETTE

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

**1/NEBILET 5**

**1/2 CP /J Matin**

**Dr. M. BOUZOUBAÂ**  
**CARDIOLOGUE**

248,03

**2/COVERSYL 10**

**1 CP /J Midi**

228,03

**Echocardiographie Doppler Couleur**

**Echo Doppler Veineux et Artériel**

**Holter Tensionel**

**Holter Rythmique**

**Epreuve d'Effort**

**Urgences Cardiologiques**

**3/CO-PLAVIX 75**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH

6 118001 082018

**1 CP /J Midi**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH

6 118001 082018

**4/ID-NOR 20**

LOT : 191123  
UT AV : 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT : 191123  
UT AV : 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT : 190824  
UT AV : 05/2022

**1 CP/J Soir**

**COOPER PHARMA**  
PPV: 57,80 DH

**Traitement de 3... Mois**

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.**

ARMACIE GHALLE  
EL KADRI AGUEZ  
Docteur en Pharmacie  
Rue Jabir Al Ansari - Derb Ghali  
Tél : 05 22 25 28 51

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



Résultats mesures:

QRS : ms  
QT/QTcB : / ms  
PQ : ms  
P : ms  
RR/PP : / ms  
P/QRS/T : / degrés  
QTd/QTcBD : ms  
Sokolow : mU  
NK :

Interprétation:

rapport non confirmé

