

## 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° W21-638264

101266

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1696 Société : —

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : —

Nom & Prénom : ASSIL ALI

Date de naissance : 01-06-1956

Adresse : CASN OULFA LOT ESSAFI N°44

Tél. : 0661693366 Total des frais engagés : 730 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/2021

Nom et prénom du malade : NAHIL A MALIK A Age : 1958

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle (HTA)

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 : CASN Le : 24 / 1 / 22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-638264

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1696

Nom de l'adhérent(e) : ASSIL

Total des frais engagés : 730

Date de dépôt :

| 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                                                                               |
| 23                             | CS                | -                     | 25000                           | <p>INP: 09-22-6215</p> <p>Cardiologue: Dr. N. Zouidi, 10 N. 158, dingo</p> <p>Casablanca, Maroc</p> <p>06 61 61 02 71</p> <p>FIKAL NAJIB</p> |
| 12                             | +                 |                       |                                 |                                                                                                                                              |
| 5000                           | ECG               |                       |                                 |                                                                                                                                              |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                       |                 |                       |
|-------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br><b>Pharmacie Zoubir</b> | Date            | Montant de la Facture |
| Mme KAPRAJMA AM<br>Lotiss... Imm...             | 23/12/2022<br>6 | 485,80                |
| CASIN LAMCA<br>Tél : 05 22 934 190              |                 |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |

[illegible]

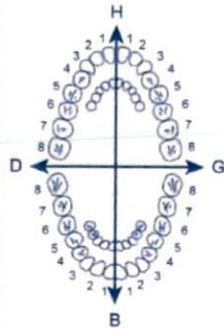
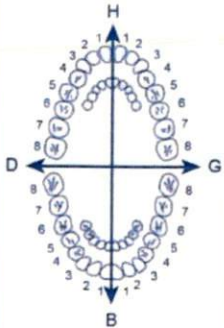
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des<br>Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |                                          | H                                            |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11433553            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. FIKAL Najoua

Cardiologue

- Ancien Médecin des Hôpitaux Savoie- LYON France
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd- Casablanca
- Diplômée d'Echocardiographie - BORDEAUX France
- Diplômée d'imagerie Vasculaire non Invasive - PARIS Descartes France



الدكتورة فكال نجوى

أخصائية أمراض القلب والشرابين

- طبيبة سابقا بمستشفى سافوا - ليون فرنسا
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو - فرنسا
- دبلوم فحص الشرايين من جامعة باريس ديكرت - فرنسا

Casablanca

Dr. FIKAL NAJOUA  
Cardiologue - 158, étage  
Boulevard Zoubir - Casablanca  
E OULFA - Gsm: 06 61 61 02 71  
Tel: 0522900200 - INPE: 091245719

Mme NAHILA. Malika.

58,50 - Copsyrel 5/5 1/2 cp

48,80 x2 - D. Cure F. Xamp 15 ps

201,00 - Daflon 1000 1cp/jr

89,50 - Venoxyl crème 1app

480,80

Pharmacie Zoubir  
Mme Zoubir AM  
Lotissement N° 158 Imm. 6  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 934 190

Dr. FIKAL NAJOUA  
Cardiologue  
Boulevard Zoubir, lot N° 158  
EL OULFA - Casablanca  
Gsm: 06 61 61 02 71  
Tel: 0522900200 - INPE: 091245719

