

## 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.

**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](http://www.mupras.com)

N° W19-427439

<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>100678</b>	Société : <b>R.A.M.</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MAMRI Zoubida</b>			
Date de naissance : <b>22/08/1945</b>			
Adresse : <b>27 JBL Bouskoura Apt 4 RADAL RABAT</b>			
Tél. : <b>0661223456</b> Total des frais engagés : <b>394,50</b> Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <b>10/10/19</b>	
Nom et prénom du malade : <b>MAMRI Zoubida</b>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>HTI</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.	

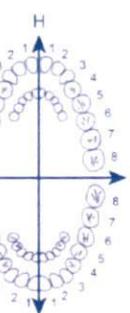
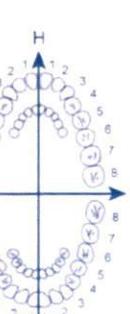


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : **filali** Signature de l'adhérent(e) : **zoubida**  
Le : **19/10/19**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<i>J. BELHADJ KHDAM</i> Au de Michelin modal 12	19/10/19	394,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b>		<b>Dents Traitées</b> 	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for general treatments)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for general treatments)														
				<b>INP :</b> <input type="text"/> / <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> 																
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														



CENTRE DE  
CARDIOLOGIE

ADULTE

ENFANT

## EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

### Dr. Maria BERNOUSSI

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Diplômée de Biochimie clinique  
de l'Université de Besançon  
Ancienne Attachée au Service de Cardiologie de  
l'Hôpital Avicenne

Rabat, le

Dr. Maria BERNOUSSI  
Cardiologue  
6, Zankat Honayn - Rabat  
Tél.: 05 37 67 21 18 / 37  
Fax : 05 37 67 11 53

Madame MAMRI Zoubida

- Régime modérément salé, délipidé ;
- TAREG 80 mg

*I comprimé par jour le matin ;*

131.50 x 3  
394.5

Traitements de trois mois.

*Docteur Maria BERNOUSSI*

N° ICE : 001579478000047  
Identification Fiscale : 520085  
Code INPE : 101031011

Dr. Maria BERNOUSSI  
Cardiologue  
6, Zankat Honayn - Rabat  
Tél.: 05 37 67 21 18 / 37  
Fax : 05 37 67 11 53

TAREG 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

11301178-A18-MA



6118001030316  
**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

06021

EXP  
LOT

11 2021  
BHJ92

4045



TAREG 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

11301178-A18-MA



6118001030316  
**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

06021

EXP  
LOT

11 2021  
BHJ92

4045



TAREG 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

11301178-A18-MA



6118001030316  
**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

06021

EXP  
LOT

11 2021  
BHJ92

4045

