

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise 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 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

ND 21935

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1004 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Salaheddine Abdellah

Date de naissance : 1990

Adresse : Rue T. m es Ifama la 5. Rue de l'Algérie Casablanca

Tél. : 0522 37 29 47 Total des frais engagés : 623,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed ALLAL  
Cardiologue  
Rue France Ville, Oued  
Tél: 0522 98 07 08

Date de consultation : 19/09/2009

Nom et prénom du malade : Mohamed Abdellah Age : 19 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : H.A.F.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**  
20 FEV. 2020  
Le :  
**ACCUEIL**

*Signature*

### 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
19/09/2020	S			Dr. Mohamed A. Koutoubi Cardiologue 20, Rue France Ville, Casablanca Tél: 0522 80 07 06

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTOUBIA Dr. Mohamed A. Koutoubi 20, Rue France Ville, Casablanca Tél: 0522 80 07 06	19/09/2020	623, 22

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid				



# مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

6118001 082025

Le 11/02/2020  
Noumen - Achour

155,80 x 04

155,80 x 15  
Amar 15015  
155,80 x 15  
Information

S.V

200  
140

140

683,80

Units

Dr. Mohammed ALLAOUI  
Cardiologue  
20, Rue France Ville - Odisi  
Casablanca - 10522980706

PHARMACIE KOUTOUBIA  
Mohamed AARAB  
Docien d'Etat en Pharmacie N°104  
Lotissement  
Cite Diamea 07-0522573924  
INPE 0522373192036904

**valable 3 mois**

Le 19/09/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

*Dr. Mohamed Millaoui  
Cardiologue  
20, Rue France  
Casab - 1010529801*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*20, Rue France  
Casab - 1010529801*

Présente .....

*HMA*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*Zey l'anc 200*

*A passer MDT*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)