

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

## Données générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

## Prescription :

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.

## 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.

## 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° P19-0026925

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **MUPRAS Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23804** **RAM**

Matricule : **2610** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **AZMI EL MOSTAFA**

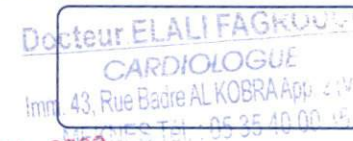
Date de naissance : **23-12-57**

Adresse : **112 LOT EL WAFIA H DEROUA**  
**Province BERRECHID**

Tél. : **0663 28 95** Total des frais engagés : **1689 Dhs**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12-7 FEV 2020**

Nom et prénom du malade : **AZMI EL MOSTAFA**

Age : **23-12-95**

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **cardiopathie coronarienne avec ATK + STAM**

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 : **DEROUA**

Le : **04/03/2020**

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



# 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
27/12/2020	CEP ELG		G	Docteur ELALI FAGROUCH DENTISTE N° 43, Rue Badou MOBRA App. 2 (V.N) MEKNES Tel. : 05 35 40 00 45

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/12/20	1689.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

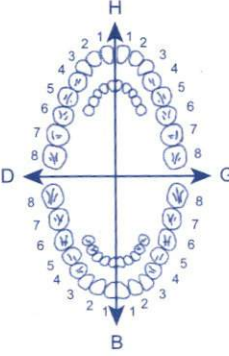
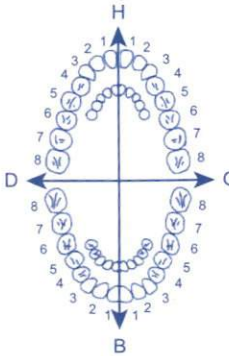
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bil

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Ali Fagrouch

CABINET DE CARDIOLOGIE  
ET D'EXPLORATION CARDIO VASCULAIRE  
CARDIOLOGIE

الدكتور العالي فغروش

إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Pravastatine / Fénofibrate

LOT :

EXP :

PPV : Pravastatine / Fenofibrate

LOT :

EXP :

culté  
(France)

خريج كلية الطب  
بباريس - فرنسا

le :

27 FEB 2020

LOT 192659  
EXP 11 2022  
PPV 107.60

LOT 192659  
EXP 11 2022  
PPV 107.60

ne / Fénofibrate

6 x 12.5 - Stajid 700

3 x 20.0 - 1.0.1

- Pravastatin

3 x 14.1.0 0.0.1

- Gardentiel 2,5

3 x 35.70 0.0.1

- Kardégic 160

3 x 151.60 0.1.0

- SUDIAT 5180

151.60 151.60 689.60

(أمام مصلحة التسجيل)  
Kobra Appt. 2 - (V.N.)  
Tél. /

151.60

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 35DH70  
1180011081189

KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 35DH70  
1180011081189

LOT : 19E005  
PER.: 04 2021

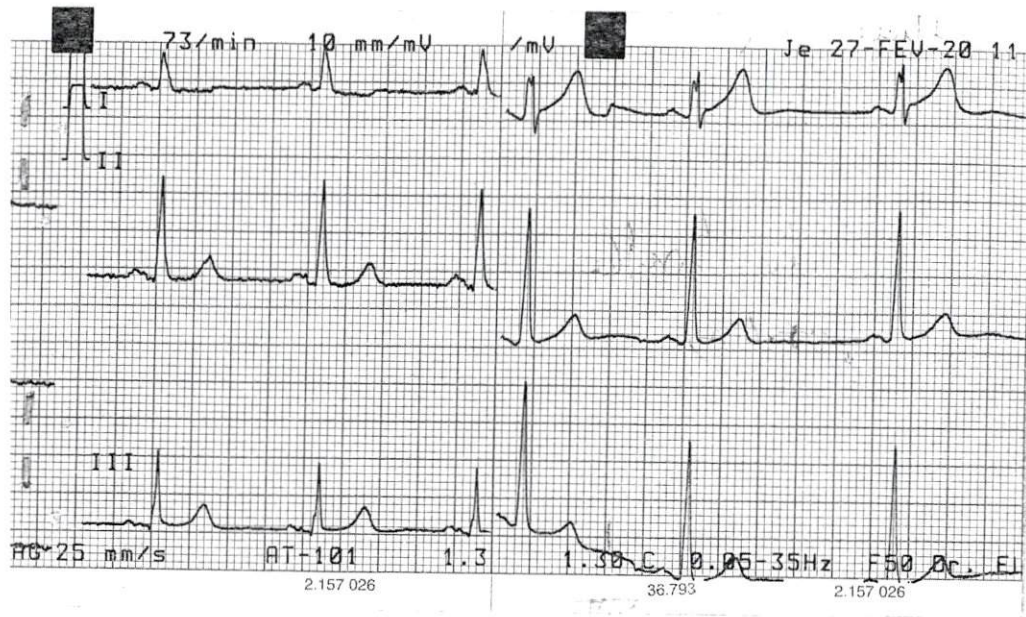
LOT : 19E005  
PER.: 04 2021

KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 35DH70  
1180011081189

عارة 13

u Service d'enregistrement derrière la Wilaya)  
00 45





- Rétrograde sinus
- Axe normal
- 100%
- Absence de troubles de régulation

Docteur ELAI FAGROUCH  
CARDIOLOGUE  
Imm. 43, Rue Abdel KOBRA App. 2 (V.N)  
MEKNES Tél. 05 35 40 00 45