

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

## Informations 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.

Une 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.

## Education :

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.

## Assurance :

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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

23983

Matricule : 5685

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEKAT Mohamed

Date de naissance : 20 12 1936

Adresse : 32, Lotissement Fouadibad Aïn Diab - Casablanca

Tél. : 06 13 07 46 47

Total des frais engagés : 564,50 DH

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/2020

Nom et prénom du malade : SEKAT Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALCPA récente sur HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

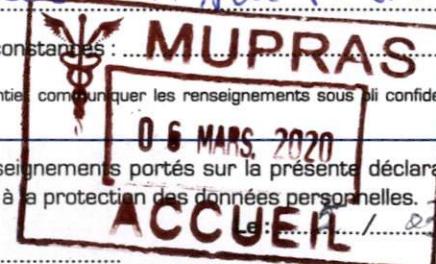
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le 06 Mars 2020

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
09/01/2010	Actes	66		
09/01/2010				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ONZAC Dr Karim EL ALAOUI 168, Lot Sindibad - Quartier Aïn Diab - CASABLANCA Tél: 022.79.78.74	02/01/2010	535.64,10

### 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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الملكة المغربية  
Royaume d'   
الإجتماعي  
CNSS

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 30DH70  
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 30DH70  
6 118000 061843  
P.E.R.: 01/01/2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 30DH70  
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 30DH70  
6 118000 061847

POLYCLINIQUE  


ORDONNANCE

le 02-01-2020

M REK KAR Dokument

54,10 x 5  
77,80



Cardsel

348,30

31,60

207,0 x 6

184,20

564,10

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20

557,20



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

HTA -

ACTx aéthome

3) Traitement envisagé et actes :

Causes et actes  
Kardéfin (ou Cardiologe)

2) Durée prévisible du traitement :

A CRMA LE 02-01-2020

Signature

Dr. Abdel SEFRISSI  
Cardiologue  
Cardiologie et Soins Intensifs



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 09/01/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

Je soussigné: .....  
Dr. Hosni SEFRISSI Cardiologue et Soins Intensifs

Certifie que M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M: .....  
Présente ACTA récente sur HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de: indéterminée

Dont ci-joint l'ordonnance pour 26 mois de traitement

(A défaut noter le traitement prescrit) Cautésept, T- Béthiopage ou Icasopat

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Dr. Hosni SEFRISSI  
Cardiologue et Soins Intensifs

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52