

# 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.

## 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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise 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.

**S : 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- 0046571

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELHAGGAM NAGAR Nour K. Hassan  
Date de naissance : 05.03.59  
Adresse : Résidence EL Mphahia Im. 1 AP. 3.B.1.M. 1  
Berrechid  
Tél. : Total des frais engagés : 912,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 4/05/2020  
Nom et prénom du malade : K. Hassan Nour K. Hassan Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046571

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 : 1868  
Nom de l'adhérent(e) : ELHAGGAM NAGAR Nour K. Hassan  
Total des frais engagés : 912,50 Dhs  
Date de dépôt : 04.05.2020



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------



11/05/2020	FC3A			 <b>Docteur AYOUBI Hassane</b> <b>Cardiologue</b> <b>80, Rue Ibn Rochd - Berrachid</b> <b>Tel: 022.32.65.84</b> <b>H.S: 8 Heures 30 à 15 Heures</b>
------------	------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

 <b>Docteur Kadri L. Zineb</b> <b>22, bd Mohammed V - BERRACHID</b> <b>Tel: 022.32.65.84</b>	14-05-20	 <b>Docteur Kadri L. Zineb</b> <b>22, bd Mohammed V - BERRACHID</b> <b>Tel: 022.32.65.84</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires


VOLET ADHERENT

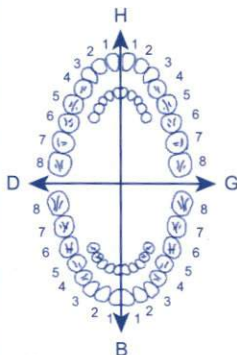
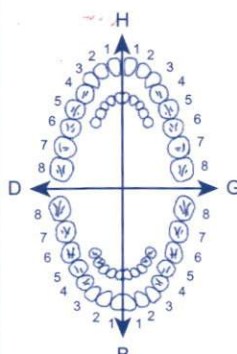
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'

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

الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدى وال هولتر

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

INPE : 06 11 75 584 - 05 22 32 65 84

Sur Rendez-vous : بالموعود

Pharmacie 2000

Docteur Kadiri L. Zineb

22, bd Mohammed V - BERRECHID

Téléphone : 022.53.35.85

22/05/2022

Kadiri L. Zineb

75.20  
x 4 = 300.80  
Calcium 10  
1cp / 3m

67.80  
x 4 = 271.20  
Ripulio 10  
1cp x 3m

120.70  
x 4 = 482.80  
Folium 70mg  
1cp

42.30  
x 4 = 169.20  
Adenocin 10  
1cp

465.50  
x 4 = 1862.00  
Ag 200 10mg  
1cp

147.40  
x 4 = 589.60  
912.90

Docteur AYOUBI Hassan  
Cardiologue  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid  
Tél : 05 22 32 65 84  
06 11 75 584  
De 9h à 15h

05 22 32 65 84 : الهاتف - برشيد - 80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

Urgence : 06 72 12 00 62 : المستعجلات



COOPER PHARMA  
PPV : 72,80 DH

Bésylate

LOT: 062  
PER: AUT 2022  
PPV: 75 DH 20

Lot 26080822  
ut. av. 09/2020  
Fab. 10/2018



Bésylate

LOT: 062  
PER: AUT 2022  
PPV: 75 DH 20

006820 0123  
PPV 67 DH 80

**BIPROL® 10mg**  
30 Comprimés pelliculés  
sécaibles



6 118001 200825

Bésylate

LOT: 062  
PER: AUT 2022  
PPV: 75 DH 20

28 Comp

67,80

071819 0924  
PPV 67 DH 80

**BIPROL® 10mg**  
30 Comprimés pelliculés  
sécaibles



6 118001 200825

67,80

138919 0123  
PPV 67 DH 80

**BIPROL® 10mg**  
30 Comprimés pelliculés  
sécaibles



6 118001 200825

67,80

006820 0123  
PPV 67 DH 80

**BIPROL® 10mg**  
30 Comprimés pelliculés  
sécaibles



118001 200825

28 Comp

LOT: 064  
PER: NOV 2022  
PPV: 75 DH 20

**CALCINIB 10mg 28 comprimés**



**CALCINIB 10mg 28 comprimés**



50520

**CALCINIB 10mg 28 comprimés**



6 118000 050520

**CALCINIB 10mg 28 comprimés**



6 118000 050520

120,70

LOT 19001  
PER 02/22  
PPV 120 DH 70

**ZOMM® 30 mg**  
28 comprimés



6 118000 240969

**ROZAT® 10 mg**  
Rosuvastatine  
28 comprimés pelliculés



6 118000 041771

PPV: 147DH40  
PER: 11/21  
LOT: 12658

Bésylate

LOT: 062  
PER: AUT 2022  
PPV: 75 DH 20

28