

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0037982  
ND: 28/04/08

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 237

Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : EDOUARD

070 hamoud

Date de naissance : 19.9.99

Adresse : 37, Rue 6<sup>e</sup> Bd. Alouï RAKRAK Casablanca

Tél. : 06.06.61.27.26 Total des frais engagés : 2225,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Abdellmajid NASS**  
CARDIOLOGUE  
Résidence Al Mawlid 4, N° B15  
Angle Abdelloumen - Anwal  
Casablanca  
Tél.: 0522 25 87 08 - Gsm: 06 63 09 15 48

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2020

Nom et prénom du malade : EDOUARD Ro hamoud

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 : Casablanca

Le : 03/01/2020

Signature de l'adhérent[e] :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-037982

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 : 237

Nom de l'adhérent[e] : EDOUARD Ro hamoud

Total des frais engagés : 2225,80 Dhs

Date de dépôt : 03/01/2020

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/02/2020	65455	350 DH		<b>Docteur Abdelmajid NAJI</b> CARDIOLOGUE Résidence Al Mawlid 4, N° 815 Angle Abdelmoumen - Anwal Casablanca Tél.: 0522 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DALLAS DR B. A. PHARMACIE DOCTEUR A. PHARMACIE 03. BD ABOU EKRAK OULFA CASA TEL: 0522 89 84 74	21/02/20	9751,80

**ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/02/2020	Docteur Abdelmajid NAJI CARDIOLOGUE Résidence Al Mawlid 4, N° 815 Angle Abdelmoumen - Anwal Casablanca Tél.: 0522 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48	1000 DH

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

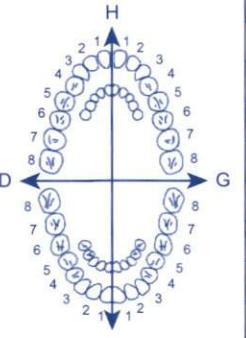
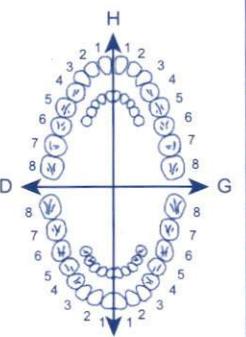
**VOLET ADHERENT**

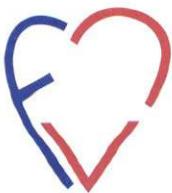
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux										
														
														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>														
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>										
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b>
H	21433552													
00000000	00000000													
D	00000000													
00000000	11433553													
B														
<p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>DATE DU DEVIS</b>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX</b>										



## CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرنس فيل

Casablanca le 21.02.2020

M2 E2 DOUTI Mohamed

(08.10.2019): 196.20

- Cosyrel 5/5



1/2 cp par jour

(34.60.2019): 18.00



1/4 cp par jour

- Caslix 40



49 par jour

(93.90.2019): 160



19 28/1

- Askardil 160



19 28/1

(4.59.2019): 243.00



19 28/1

- Parlyfem 89.50



19 28/1

- Isoxan Forme 165



19 28/1

- Betadine 78.00



19 28/1

- PHARMACIE KARIMA DR BEMALIA PHARMACIE DR FELIDA PHARMACIE DR TECOURI REGAG OU B.P. Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc



19 28/1

18.00 100.00



19 28/1

E-mail: cliniquefranceville@cliniquefranceville.com - Site Web: www.cliniquefranceville.ma

MYG50060



6 118001 130269  
COSYREL 5mg/5mg - O  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

MYG50060



6 118001 130269  
COSYREL 5mg/5mg - O  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

PER : 10/2023

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

PER : 10/2023

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

PER : 10/2023

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

PER : 10/2023

Lasilix 40mg  
20 Cp séc

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
Casablanca

<b>NOM DU PATIENT :</b> M. EZDOUTI (EZOUTI) MOHAMED <b>DATE DE NAISSANCE :</b> 01/01/1928	<b>Sejour :</b> Du 21/02/2020 au 21/02/2020
	
Reçu N°: 137425	
<b>Paiement du 22/02/2020 11h10</b>	
<b>Actes</b>	
<b>Montant</b>	<b>1 350,00 Dh</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>Espèce</b>

Imprimé par : RAOUI Meriem Le 22/02/2020 11h10



**ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés**

PPV 23DH80  
EXP 10/2021  
LOT 98016 2

**ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés**

PPV 23DH80  
EXP 10/2021  
LOT 98016 1

**ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés**

LOT 98016 3  
EXP 10/2021  
PPV 23DH80

**ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés**

PPV 23DH80  
EXP 01/2022  
LOT 90012 2

**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. EZDOUTI (EZOUTI) MOHAMED  
Séjour : Du 21/02/2020 au 21/02/2020

**FACTURE**  
202001368  
Du : 21/02/2020

Etablie par : M. Fatiha

**Clinique**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	1	1 000,00	1 000,00
CONSULTATION + ECG	1	350,00	350,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 350,00</b>

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			0,00

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arretée la presente facture à la somme de MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

	<b>Patient</b>
<b>Total TTC</b>	1 350,00

