

# 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.

## 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.

## ntaire :

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 caractére 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: 45739

## Déclaration de Maladie : N° P19-0021297

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1057

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A A I S E L

Date de naissance : 1.11.1948

Adresse : 50 Rue Fernand - ch 111

Tél. : 06.18.13.84.67

Total des frais engagés : 891,40 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 1.11.2010

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE WIZ</b> 153, Rue Habacha El Day Ould Sidi Baba Mellah - Casablanca 0522 25 16 07	2 11 200	891,40

## **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.

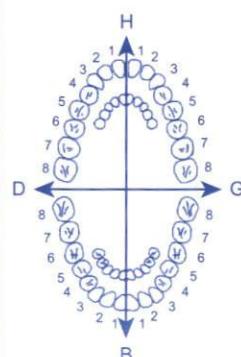
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

WIGA 2010: DAS GEMEINSAME VERTRÄGE-UNTERSTÜTZUNGSPROGRAMM

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

14/04/2022

LAACEL

Mohamed

Plavix 75



1 cp/5

Plavix 75



15/5

London 20



1 cp/5

Cor vasal 2 mg



1 cp/315

Vastarel 35



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
PL. SABRY Mohamed  
Cardio Inflammation

PHARMACIE WATO  
153, Rue Habacha  
(Id. Day Ould Sidi Baba)  
Casablanca  
10.07

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Nacir, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca (Maroc)

Tel : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 888 (Id. Day Ould Sidi Baba)



# PHARMACIE WATO (EX M'BIRKOU)

153,day ould sidi baba derb ghalef

DR ADLOUNI ALAMI OUSSAMA  
Pharmacien Aromathérapeute  
Université de Genève

R.C :315533

Patente:34704247

T.V.A :

C.N.S.S:4622002

Tél :0522251607

Le 02/11/2020

## FACTURE N°445368

N° ICE : 001560336000065

LAAKEL MOHAMED

N° IF : 15204335

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	KARDEGIC 75 MG BT 30 STS	30,70	61,40		
2	PLAVIX 28CP	316,00	632,00		
2	LD-NOR 20MG 30CP	99,00	198,00	UT AV : 07/2023 PPV : 99,00DH	AV : 99,00DH : 99,00DH

**TOTAL T.T.C : 891,40**

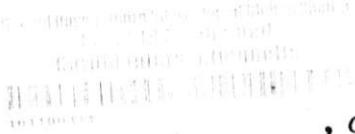
Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Huit Cent Quatre-vingt-onze Dirhams et 40 centimes.

SERVICE CARDIOLOGIE  
TEL DIRECTE :0529 050 234

Casablanca le 19/04/2019

## CERTIFICAT MEDICAL DE MALADIE DE LONGUE DUREE

Je soussigné,  , cardiologue à l'hôpital Cheikh

Khalifa Certifie que **Mr LAAKEL MOHAMMED** est suivie pour **UNE  
MALADIE CARDIAQUE CHRONIQUE** et que son état de santé  
nécessite un suivi régulier et un traitement de longue durée.

Ce certificat est délivré à l'intéressé, pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : PR SABRY

