

# 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.

## Diagnostique 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.

## Rééducation :

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 dentaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-067768

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1350 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GURASSON DEISS

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 21, Rue Rihou Hay Rdh Casablanca

Tél. : 06 65 15 11 70 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Nadia QUASSID**  
Médecine Générale  
Echographie  
Res. Soufiane Imm c'2 Apt 3, 1er Etage  
Sidi Maârouf - Casablanca  
022 32 14 35

Date de consultation : 29/06/2020

Nom et prénom du malade : NADINE AICHA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie hypertensive

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) :



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29/06/2020      | CS                | -                     | 15000                           | Dr Nadia QUAASSID<br>Médecine Générale<br>Echographie<br>Res. Soufiane Immeuble Apt 3, 1er Etage<br>Sidi Maatour - Casablanca<br>022 37 14 35 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie AL AMANA<br>14, Rue Amal, BORD BOUJOUR<br>Tél : 09 22 39 08 70 | 29/06/2020 | 4098,60               |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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 canalaires, 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  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|   | <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> |                  |                     | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|   |                                  |                  |                     | <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 |  | MONTANTS DES SOINS |
|   | H                                |                  |                     |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|   | 25533412                         | 21433552         |                     |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|   | 00000000                         | 00000000         |                     |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|   | D                                | G                |                     |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| 00000000  | 00000000                         |                  |                     |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| 35533411  | 11433553                         |                  |                     |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| B   |                                  |                  |                     |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                  |                  | DATE DU DEVIS       |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|   |                                  |                  | DATE DE L'EXECUTION |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Nadia Quassid

Médecine Générale  
Diplômée en Echographie Générale  
Electrocardiogramme



الدكتورة نادية قاصد

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le 29/06/2020: الدار البيضاء, في

Mme NADANE Atcha.

- Aproxel 1583 x 3/3  
1583 x 3/3  
Kerlone

- Xarelto 9790 x 3/3  
9790 x 3/3

- Celentra 98400 x 3/3  
98400 x 3/3

12600 x 3  
12600 x 3  
U098.60

PHARMACIE AL AMANA  
Mme. Alami Soumni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beauséjour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

Dr Nadia QUASSID  
Médecine Générale  
Echographie  
Res. Soufiane Imm c2 Apt 3.1er Etage  
Sidi Maârouf - Casablanca  
05 22 32 14 35

إقامة سفيان - عمارة C2 - الطابق الأول - الشقة 3 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Résidence Soufiane - Imm. C2 - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 3 - Sidi Maârouf - Casablanca

Tél. : 05 22 32 14 35 - الهاتف : 05 22 58 47 77 - الفاكس :

**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban  
28 cps

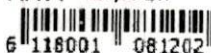
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca

Kerione 20 mg, cp pel b 28  
P.P.V. : 127,60 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V. : 158,30 DH



**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban  
14 cps

P.P.V. : 529,00 DH  
Bayer S.A.



PPV: 126 DH 00

MITED

Médi

PPV: 126 DH 00

Médica

PPV: 126 DH 00

TED

M

PPV: 126 DH 00

TED