

## 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.

### Radiologie 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.

### 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
- 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 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° W19-582863

48885

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 7528 Cadre réservé à l'adhérent (e) Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : ANBARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 78 23 92 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ANBARI Fatima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète 24 NOV 2020

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

DR. ANJAM SEBEL  
33, Rue du Janvier - CASABLANCA  
Bd, 11 Janvier - CASABLANCA  
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 44 75 81

MUPRAS  
25 NOV. 2020  
ACCUEIL

ACCUEIL SIEGE RAM MUPRAS  
33, Rue du Janvier - Casablanca (Boulevard)  
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 77 70

**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
13/11/2010	6.10		3000	INP:

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/2010	29940

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire a la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# جباوة تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرايين

## Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI  
 Cardiologue  
 Diplôme de la Faculté de Médecine  
 de Toulouse - France



الراكتور عبد السلام السبتي  
 اختصاصي في أمراض القلب  
 خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le 13.11.2023

LOT : 20E009  
 P.F. : 06 2023  
 AVLOCARDYL 40MG  
 CP SEC 850  
 P.P.V. : 41DH80

4180  
 PER 12

4180 Avlocardyl  
 x2  
 21.00 x5  
 libroz  
 27.70 x4  
 Cardo  
 oe sh

LOT:20032 PER:03/2023  
 PPU: 21.00 DH

LOT:20133 PER:09/2023  
 PPU:21.00 DH

LOT:19162 PER:12/2023  
 PPU: 21.00 DH

LOT:20032 PER:03/2023  
 PPU: 21.00 DH

LOT:20134 PER:09/2023  
 PPU:21.00 DH

299.40  
 Dr. Abdesselam SEBTI  
 CARDIOLOGUE  
 33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvenel)  
 Bd. 11 Janvier - CASABLANCA  
 Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

PHARMACIE DES ENFANTS  
 Dr. BOUAFIA  
 34, Rue Ibnou Youssef - Bousougane  
 Tél: 0522 20 99 44 - Casablanca

Dr. Abdesselam SEBTI  
 CARDIOLOGUE  
 33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvenel)  
 Bd. 11 Janvier - CASABLANCA  
 Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

varioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

6 Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

6 Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

6 Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

6 118001090280

E-mail : drsebti@hotmail.com

33, زنقة اليمن - شارع 11 يناير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70  
 33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvenel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

13/11/2020 11:00:40

ID :

Nom : ANBARI FATIMA

FC : 63 BPM Né le :  
PR/RR : 0,134/0,943 s Âge :  
QRS : 0,098 s Sexe :  
QT\QTc : 0,404/0,416 s Dep :



25 mm/s, 10 mm/mV