

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-587535

MC = 4805

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 4805

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUFID EL MOSTAFA

Date de naissance : 01/01/1963

Adresse : 103740 Casablanca

Tél. : 06 61 79 24 Total des frais engagés

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/12/20

Nom et prénom du malade : MOUFID EL MOSTAFA 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 :

Le : 01/12/20

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
				INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/82	447 80 + 139 10 ----- 586 90

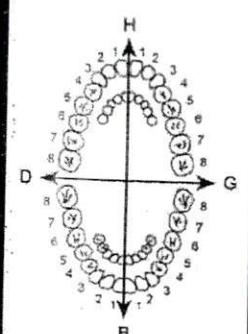
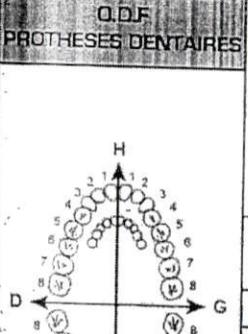
### ANALYSES RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

SOINS DENTAIRES				Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>												
																			
																			
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433562</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>								H	25533412	21433562		00000000	00000000	<input type="checkbox"/>	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433562																	
	00000000	00000000																	
<input type="checkbox"/>	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>															
DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>															
DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>															

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000uiantixa Inj b2  
P.P.V : 138,10 DH



G 118001 080472  
enoxaparin sodium

LOT : M0049  
EXP : NOV 2024  
PPV : 196,50 DH

PPV 150H90

EXP 08/2023  
LOT 04072 2

16 comprimés effervescents

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000uiantixa Inj b2  
P.P.V : 138,10 DH



LOT : M20060  
EXP : FEB 2024  
PPV : 66,50 DH

1 72,50

anca, le : 05/11/20.

ABU FID EL HOSSEIN

196,50

2 - Aspirine 500 mg

66,80

0 - Vpharma

27,50

0 - Sibstam 50

0 - Effemelca 500 mg

15,90

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma

Dr. Khalid RZAL  
Chirurgien Spécialiste  
162, Bd. Anoual - Casablanca  
Tél : 05 22 86 50 05  
IMPE : 09 11 65 340  
ICP : 001745623000091

AKDITAL  
Acteur de Santé

444.90  
138.10  
382.90

PH 5.7  
5.7  
A/111

SY

1

1880s

Dr. Khalid RZAL  
Chirurgien Spécialiste  
182, Bd. Anouar - Casablanca  
Tél : 05 22 86 50 05  
INPE : 091168340  
ICE : 00174582300093