

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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° W19-568059

55 999

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10514

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ENNIL RACHID

Date de naissance :

21/08/1963

Adresse :

IMM 76 APT 9 HAY EL KATH RABAT

Tél. :

06 62 08 93 28

Total des frais engagés :

436,60

Dhs

Dr. Abdelhakim MERZOUK  
Cardiologue

Rés. Al Mouhit Rue Oslo Appt 1

- RABAT -

Tél/Fax: 0537 72 93 27

DEC 2020

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

ENN - N 18 DEC 2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

DTA

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 :

18/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-568059

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).

19 JAN. 2021

ACCUEIL

10514

ENNIL RACHID

436,60

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
25/01/2010	CC	1	300 Mt	Abdelkader Aït Aissa Signature :  Résidence : 100 Avenue de l'Indépendance Téléphone : 0537 72 52 22 Fax : 0537 72 52 22
12/01/2010	FFC	1	300 Mt	Signature :  Résidence : 100 Avenue de l'Indépendance Téléphone : 0537 72 52 22 Fax : 0537 72 52 22
20/01/2010				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/20	136,60

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

#### VIOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																
		INP : <input type="text"/>																			
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
		<input type="text"/>																			
		MONTANTS DES SOINS																			
		<input type="text"/>																			
		DÉBUT D'EXÉCUTION																			
		<input type="text"/>																			
		FIN D'EXÉCUTION																			
		<input type="text"/>																			
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">D</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		D	
		H		G																	
		25533412	21433552	00000000	00000000																
		00000000	00000000	35533411	11433553																
		B		D																	
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
		<input type="text"/>																			
		MONTANTS DES SOINS																			
		<input type="text"/>																			
DATE DU DEVIS																					
<input type="text"/>																					
DATE DE L'EXÉCUTION																					
<input type="text"/>																					

**CABINET DU CŒUR ET DES VAISSEAUX**

**Dr Abdelhakim Merzouk**

Spécialiste des maladies  
du cœur et des vaisseaux

Ex attaché au Centre National de Cardiologie  
et de Chirurgie Cardiovasculaire CHU Ibn Sina-Rabat

Expert Assermenté auprès des Tribunaux



عيادة طب القلب والشرايين

الدكتور عبد الحكيم مرزوق

إخلاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بالمركز الوطني والجامعي

لأمراض وجراحة القلب والشرايين

مستشفى ابن سينا - الرباط

خبير محلل لدى المحاكم

Dr. Abdelhakim MERZOUK  
Cardiologue  
Rés. Al Mouhit Rue Oslo Appt 1  
RABAT - Maroc  
Tél: 0537 72 93 27  
Fax: 0537 72 93 27

18/12/2020

الرباط في

87,00 Relaxium 300 mg

14/11 le neu 1/6

49,60 D-cure fait

136,60 1 muf bid 1 muf



Dr. Abdelhakim MERZOUK  
Cardiologue  
Résidence El Mouhit Rue Oslo Appt 1  
RABAT - Maroc  
Tél: 0537 72 93 27  
Fax: 0537 72 93 27

إقامة المحيط، زاوية شارع عبد الحكيم الخطابي، زنقة اوسلو ( أمام إعدادية كنزة ) شقة 1 - الرباط

Résidence El Mouhit, Angle Av. Abdelkrim El Khatabi – Rue Oslo,( en face du collège kenza ) Appt. 1-Rabat

الهاتف والفاكس 27 : 0537-72-93-27

3 أمبولات للشرب

# د-كير® قوي

كوليكسيفيرول 100 000 وحدة دولية  
فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتى للشرب

EXP: 06/2023  
LOT: 20F03  
P.P.V: 49,60 DH

MCP220MM000118  
09/08/2018

FC 70  
PR 217  
QRSD 90  
QT 360  
QTc 388

--Axe--  
P 108  
QRS 32  
T 45

EN-NIL RACHID

R 130 (D)

