

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'attente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, exactions 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.

Radiothérapie et Biologie :

- L'original ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être joints 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'attente 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 canaux, 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.
- Le suivi après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

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

- Relation : contact@mupras.com
- Paiement 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° W21-768003

150402

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 02189 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAATOUQUE Mohamed

Date de naissance : 1956 CASABLANCA

Adresse : G.T Rue 105 N°6 OULFA

Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 632,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houda EL HADI
CARDIOLOGUE
150, Bd Sidi Maârouf, (Lot Dandoun)
1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 58 48 57 - 05 50 69 53 36

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

29/02/2023

Autorisation CNDP N° : A.A. 215/2019

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

02/12/2022 GFR 250000 091026708

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date Montant de la Facture

02/12/22 382,50

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 pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Houda EL HADI

CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

DIU Echocardiographie de l'Université
Bordeaux II

DU Epreuve d'effort et réadaptation cardiovasculaire
de l'Université Bordeaux II



الدكتورة هدى الهادي

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو II

دبلوم اختبار الجهد بجامعة بوردو II

Casablanca, le

02/12/2022

SYNTHEMEDIC

22 rue soubert lehou el souk rouches
noir el casablanca

ATACAND

16 mg

Bte de 30

140180MP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH



6 118001 020546

Cpr séc

Mr. Mohamed

diabétique

165,50

ATACAND 16 mg 1 cp. par jour le matin

BISOCARD 10 mg 1/2 cp. par jour le matin

27,70



CARDIOASPIRINE 100 mg 1 cp. par jour le matin

75DH20

75,70 1 cp. par jour au repos de

AMER 100 mg = 1 cp. par jour le soir

RESTOR 100 mg = 1 cp. par jour le

114,10

III de 3 semaines

382,50

Cardioaspirine 100 mg/30 cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Maphar

Bd Alkima N° 6, Q1,

Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 114,10 DH



6 118001 183114



159, Bd Sidi Maârouf (Lot. Dandoun) Sidi Maârouf - 1^{er} étage - Casablanca

Tél : 05 22 58 48 57 - Urgences : 06 50 69 53 36 - E-mail : dr.elhadicardio@gmail.com

Dr. Houda EL HADI
CARDIOLOGUE
159, Bd Sidi Maârouf, (Lot. Dandoun)
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 48 57 - 06 50 69 53 36