

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie



N° W21-773108

### Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1640

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : ELHASSOUABI - ABDULKRIM

Date de naissance : 30.06.1953

Adresse : Résidence ISMAILIA (B) A lot 13

Place HASSAN 1 - V.N. - MEKNES

Tél. : 054263100

Total des frais engagés :

154,80 Dhs

### Optique

### Autres

Cadre réservé au Médecin

Spécialiste des Maladies

du Coeur et des Vaisseaux

10, Rue Tétouan V.N - MEKNES

Tél. : 06 35 52 09 36

Date de consultation : 08/03/2013

Nom et prénom du malade : Elhassouabi Abdellah

Age : 60 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : H H H

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 : MERCIER

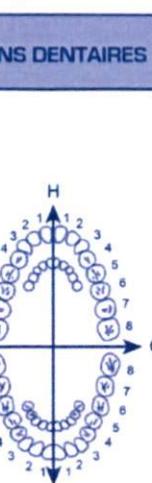
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/03/2013

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
notes 8123	ce 9.10.12			 <b>INPE: 13102946</b> <b>Dr. PAUL L. D'ENTREMONT</b> <b>Spécialiste</b> <b>du Coeur et des Maladies</b> <b>Rue 100</b>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL INBIAAT D. EL HASSOUABI El Hamila - Meknès 05 35 40 74 40	10/08/23	454,80 DH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>INP :</b> <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg  
28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg  
28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg  
28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

Docteur Fayçal BENTAYEB

SPECIALISTE DES MALADIES  
DU COEUR ET DES VAISSEAUX  
ECHO DOPPLER-CARDIAQUE  
ET VASCULAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecin  
de Lyon (France)



الدكتور فيصل ابن الطيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
فحص القلب والشرايين بالصدى

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

Meknès, le..... مكناس، في.....

10/08/2023

M. EL HASSOUABI ABDELKRIM

(3 x 151,60)

Régime pauvre en sel.



454,80

- Suliat 80mg/5mg: 1 cp/j le matin.

*Traitemenent de 3 mois.*

Pharmacie AL INBIAAT  
Dr EL HASSOUABI  
19, Lot Hamilia - Meknès  
Tél. : 05 35 46 17 40

F- Fayçal BENTAYEB  
Spécialiste des Maladies  
du Coeur et des Vaisseaux  
10, Rue Tétouan V.N - MEKNES  
Tél. : 05 35 52 09 36

10، زنقة تطوان . الطابق الأول (قرب فندق الريف ومركز البريد) . الهاتف : ع. : 05.35.52.09.36 - مكناس  
10, Rue Tétouan 1er Etage (Près de l'Hôtel Rif et la Poste Principale) - Tél. : C. 05.35.52.09.36 - MEKNES