

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.

Optique **172825** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2160**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BouRouis HASSANIA**

Date de naissance : **30/10/1968**

Adresse : **888, Bd Zighout N°7 CASA**

Tél. : **06 62 71 77 29** Total des frais engagés : **594,60 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **BouRouis HASSANIA** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **HTA**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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.

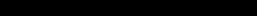
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **94/08/2023** Le : **96/08/23**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. V. Dossé Dr. Rabat Tel. 02 33 53 89 00</i>	11/07/2023	594,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction).
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Bourovis KETTANIA

Matricule :

N° CIN : BM1364

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne Dr. Malika KETTAN

Cardiologue

N° ICE :

2, Rue Mahaleb, Rés. Asbahane B
El Attar, Sect. 15, Hay Riad
Certifie que Mme, M. ou M. 05 37 71 12 18

Spécialité : CARDIOLOGIE

N° INPE : 105071454

Nécessitant un traitement d'une durée :

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

+ HTA sévère (sur hypertension artérielle)
+ hyperlipidémie (apo. n HDL)

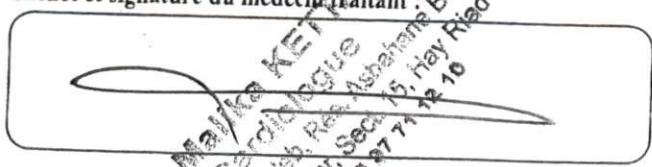
Dont ci-joint ordonnance :

Treatment prescrit : COTENAN 160 mg | ARENOR 100 mg
CARDEVEST 75 | CÉSINOR 50 | RENIUM 300

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Rabat

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



الدكتورة مليكة الكتاني
أخصائية في أمراض القلب والشرايين
Dr. Malika KETTANI
Cardiologue

لصق القلب بالصدى - تخطيط القلب 24 ساعة - تصوير خفق القلب 24 ساعة - اختبار إجهاد المثلث
Echocardiographie Doppler - Holter Tensionnel - Holter-ECG - Epreuve d'effort

Bon Ravis
KASSANIA

Rencontres

MREC

Abouy

Per

198,60 x 3

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. Asphalte
Appt. 1, Av. Elaraar, Sect. 15
Rabat - Tel: 05 37 71 12 18

11

1994,60

GREVAN 1600

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. Asphalte
Appt. 1, Av. Elaraar, Sect. 15
Rabat - Tel: 05 37 71 12 18

+ Treatment

Lebitus

III Ste 03m
(long)

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. Asphalte
Appt. 1, Av. Elaraar, Sect. 15
Rabat - Tel: 05 37 71 12 18

Diplômée de la Faculté de Médecine - Université Mohamed V - Rabat

Ancienne interne du CHU IBN SINA - Rabat

Ancienne interne de l'Hôpital LA PITIE-SALPETRIERE - Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Ancienne attachée au Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire à l'Hôpital IBN SINA - Rabat

Diplômée en Échocardiographie Doppler à l'Université VICTOR SEGALEN - Bordeaux

خريجة كلية الطب - جامعة أسيمبلان (ب) - الشقة 1، شارع العمار

قطاع 15 - في الرياض - الرباط (قرب صيدلانية العروبة)

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. Asphalte
Appt. 1, Av. Elaraar, Sect. 15
Rabat (à côté de la Pharmacie AL ARAAR)
Tel/Fax: 05 37 71 12 18
Portable: 06 61 55 65 72
المصروف:
kettani.malika@gmail.com

'HARMACIE DU CONSEIL

LAHLOU YOUSSEF

0537741163

33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

Facture N° 20230816-249

Date de vente : 11/07/2023
Médecin traitant :

BOURQUIS HASSANIA

Maroc

Produit

Qté. P.U. TVA

LOTEVAN CO 10MG/160MG B30 COMP PELLI	3	198,20	Exonéré (0.00%)	594,60
--------------------------------------	---	--------	-----------------	--------

Total HT 594,60 DHS

TVA 0 DHS

Total

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-quatorze DHS et soixante centimes

صيدلية الراشد
Pharmacie du Conseil
Mr. Youssef LAHLOU
33, Rue de Rabat - Témara
Tél. 05 37 74 11 63

IF : 91227540 TP : 27921383 RC : 67754 ICE : 001894585000028

Tel : 0537741163

Adresse : 33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

Lotevan®

Amlodipine/Valsartan
30 Comprimés Pelliculés

10/160 mg

AMM N°:458/15 DMP/21/NNP

PPV: 198.20 Dhs

N° Lot : 2HX269

Fab. : 05/2022

Per. : 05/2024

AMM N°:458/15 DMP/21/NNP

PPV: 198.20 Dhs

N° Lot : 2HX269

Fab. : 05/2022

Per. : 05/2024

AMM N°:458/15 DMP/21/NNP

PPV: 198.20 Dhs

N° Lot : 2HX269

Fab. : 05/2022

Per. : 05/2024