

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710 Société : 175031

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DENNOURI MASTA FA

Date de naissance :

30 JUL 1957

Adresse :

02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA SEETA

APPT N° 11 MERS SULTAN CASA

Tél. : 0670 93 02 05 Total des frais engagés : 1692,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Idriss Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss
2ème Etage, 114 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 Fax: 0522 86 20 76
ICE : 0016228551

Date de consultation : 30/08/2023

Nom et prénom du malade : Rachid EP DENNOURI Soumaya Age : 66

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension

Alcoolique

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 : CASA

Le : 30/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Idriss

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
30.08.23	G		gratuit	<i>Dr. Hind</i> Cardiologue Intervenant Bd. My Idriss 1er - Résidence mu Etage - N° 4 CASA PLATINUM 02 86 20 74 - Fax: 0522 86 22 86 00 1625537600003

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/08/23	692,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with the upper arch showing a slight curve and the lower arch showing a more pronounced curve.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Inté

Diplômée de la faculté de :

Épreuve d'effort-Echographie

Réadaptation cardiaque

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg O
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

30 août 2023

Mme RACHID EP DENNOURI SOUMIYA

79.90 x 6

NATRIXAM 5/1.5mg

1 comprimé par jour, pendant 4 Mois
LE MATIN

82.40 x 2

INEXIUM 20mg

1 comprimé par jour, pendant 4 Mois
LE MATIN A JEUN

48.40

GAVISCON Suspension buvable

1 suspension x3 par jour, pendant 3 Mois

REGIME PAUVRE EN SEL



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bneu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
640150MP/21NRQ PPV : 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bneu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
640150MP/21NRQ PPV : 82,10 DH
6 118001 020591

Bien agiter avant usage.
Tenir hors de portée des
Fabricant titulaire de lice
Reckitt Benckiser Health
Gaviscon Advance, l'épée e
Utiliser dans les 6 mois a
AMM N° 0881/2020 DMF
PPV : 48 DH 40

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue Interventionnelle
199 Bd. My Idriss 1er - Résidence M. Idriss
2e étage - N° 4 - CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76
ICE : 001625537000091

120, Boulevard Moulay Idriss 1er. Résidence Moulay Idriss. 2eme étage. Casablanca

Tél: 05 22 86 20 74 - Fax: 05 22 86 20 76 Urgences: 06 36 13 68 01 E-mail : hindelfilali@hotmail.com

TF: 15178160

TP: 36331592

ICE: 001625537000091

INPE: 091169466