

# 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 : 03097 Société : AAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Venue 179913

Nom & Prénom : Abantaib Fatna

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 785 Lot El Wafa Any Dercra Berrechid

Tél. 0638.82.38.02 Total des frais engagés : 13.15,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2023

Nom et prénom du malade : ABOUTAIB FATNA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HFA

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.

Casa blanca Le 09/10/2023

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
19/10/23	CS + ECG		850,00	
19/10/23	ctrl		0	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/23	1065,00 Dhs

#### **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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. EL MOURID MONIA**  
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique

Diplômée en exploration de système nerveux autonome / Rabat

Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Ancien médecin interne du CHU de Paris

Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Echocardiographie de stress

Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort

Exploration de système nerveux autonome



**الدكتورة المريد ملني**

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

دبلوم الجهاز العصبي الإرادي بكلية الطب الرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس

طبيبة بالمستشفيات الجامعي الشيخ خليفة

الفحص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط المنوي وفوات القلب على المدى الطويل . تحطيم المهد

فحص الجهاز العصبي الإرادي

# ORDONNANCE

octobre 2023

Mme ABOUTAIB Fatma

39,90

39,90

3x 39,90

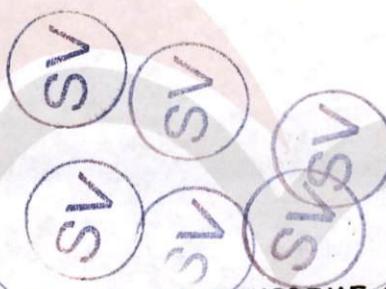
1/ BIPROL 5MG

1/2 cp le matin

3x 160,90

2/ IRPHI 300

1 cp le matin



LOT : 073  
PER : MAR 2026  
PPV : 160 DH 90

LOT : 079  
PER : MAI 2026  
PPV : 160 DH 90

LOT : 079  
PER : MAI 2026  
PPV : 160 DH 90

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

3x 24,79  
24,79 1 cp à midi

3/ CARDIOASPIRINE 100 MG COMPRIME GASTRO-PROTECTEUR

4/ ADO 1000MG 1000 MG COMPRIME PELLICULE

1 cp\*2/j

3x 40,10  
5/ GLEMA 2 MG COMPRIME

1 cp le matin

6/ ACCU - check

Traitement pendant : 3 Mois

NO 65



جزئية النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوى رقم 04 الملايو الأول . الدار



Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua



05 22 03 16 74



Urgences: 06 60 62 70 07



cabinet.drelmourid@gmail.com

AMOUNT DUE 15.10

PPV 40DH00  
PER 06/24  
LOT L2010

PPV 40DH00  
PER 03/25  
LOT M856

PPV 40DH00  
PER 03/24  
LOT L1119

(01) 040 **PPC: 259,50 Dhs**

**LOT** (10) 26071431

2024-11-07

2023-02-08

UDI

