

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0007638 *192420*

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *580* Société : *RA*
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : *HARBA BOUCHAIB*
 Date de naissance : *1948*
 Adresse : *CRSA*
 Tél : *06 884 12129* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue IBN ROCHD
Berrechid
HT : 7 heures 30 min à 14h
Tél : 05 22 22 39 00*
 Date de consultation : *26/10/2023*
 Nom et prénom du malade : *HARBA BOUCHAIB* Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : *cardiopathie ischémique*
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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
24/10/2023	Echo cardiographique		800,000	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Stamp]</i>	24/10/2023	T=103,70

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	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 : Veuillez 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط

و الدورة الدموية - الفحص بالصدى والفولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Hôlter



24/10/2023

M. M. Boucheich

Pharmacie TASSNIME
Sidi Maârouf - Casablanca
Tel: 05 22 58 41 72

Dr doctor me

39,30 x 2

Lixaban 20

22,70 x 2

Pregas 0

46,70

Zyloprim

T = 1030,70

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82

Pharmacie
Dr. AL M.
Sidi Maârouf
Tel: 05 22 58 41 72

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 RUE IBN ROCHD
Berrechid
Tél : 05 22 32 65 84

370,00

37900

before use
ALDOACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS
P.P.V. 39DH30
6 118000 250517
Laboratoires
Synthelabo
S.A.

PPV: 138DH10
PER: 03/25
LOT: L1272

PPV 138DH10
PER 02/26
LOT M399

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 03 DMP/21/NTT
SOTHEMBOUSKOURA
Reimboursable AMO
6 118000 022268

Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

DR AYOUBI HASSAN

CARDIOLOGUE

80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

TEL :0522326584 24/10/2023

MR HRAR BOUCHAIB

CONSULTATION DE CARDIOLOGIE+ECG

ECHOCARDIOGRAPHIE

TOTAL 800.00DH

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue IBN ROCHD
Berrechid
HT : 7 heures à 14 h
Tél : 05 22 32 65 84

ICE : 001830229000079
INP : 061175584

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

CRD D ECHOCARDIOGRAPHIE
LE 24/10/2023

MR HRAR BOUCHAIB

LES VALVES MITRALES ET
LES SIGMOIDES AORTIQUES SONT
LEGEREMENT EPAISSIEES
AORTE DE TAILLE NORMALE
OG NON DILATEE
LE VG EST DE TAILLE NORMALE AVEC UNE
DIMINUTION DE LA CONTRACTILITE
GLOBALE AKINESIE SEPTALE
PAS DE CONTRASTE SPONTANE EN APICAL
CAVITES DROITES NON DILATEES
VCI NON DILATEE

AU DOPPLER
FE 42°/°

AU TOTAL CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue IBN ROCHD
Berrechid
HT : 7 heures 30 min à 14 h
Tél : 06 22 22 00 00