

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

M23- 020208

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10349**

Société :

**RAM**

**183828**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**ZOUAFI ELMOUSTAFI**

Date de naissance :

**27-09-1958**

Adresse :

**La Mennə**

Tél. : **06 58 60 78 64**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Ithame HAJ**  
Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
79, Rue d' Rome, Angle Bd. 2 Mars  
Rés. C. à d' - Casablanca  
GSM : 06 61 710044

Date de consultation :

**15/11/23**

Nom et prénom du malade :

**ZOUAFI ELMOUSTAFI**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**H.P.A + SAHOS**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

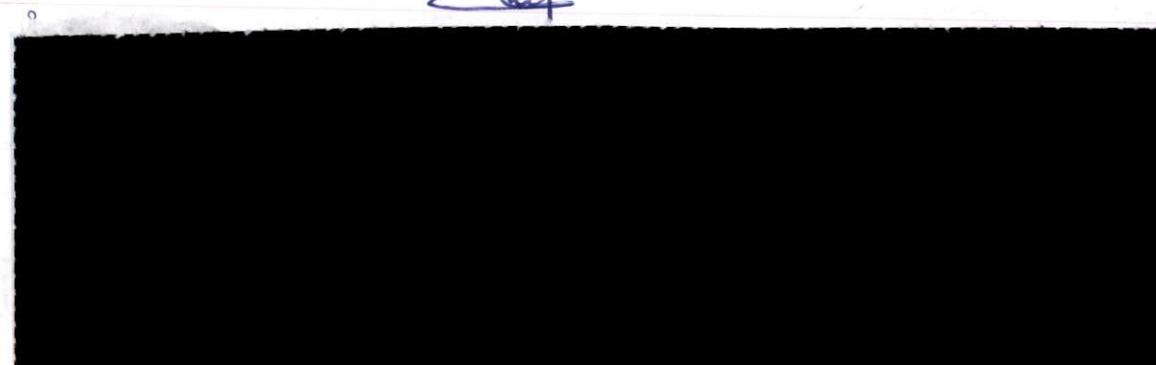
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Casablanca**

Le : **21/11/23**

Signature de l'adhérent(e) : **ZOUAFI**



#### **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
15/11/23 contre	consultation	1	100	Dr. Ilhame HSS Cardiologie Adulte et Pédiatrique 79, Rue de la Paix, Annaba Bd. 2 Mars Rés. Carré d'Or - Casablanca GSM: 0661710044

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/2014	125,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

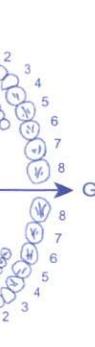
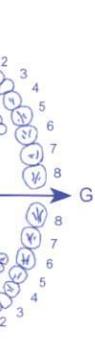
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		Montants des soins
	B			Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

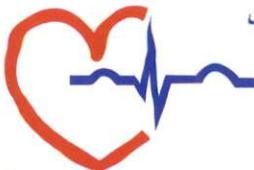
Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

الدكتورة إلهام أحجيج بنعمر

## **Cardiologie Adulte et Pédiatrique**

Diplômée de la faculté  
de Médecine de Liège  
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de  
Montpellier et Paris - France



**اختصاصية في أمراض القلب  
للkids والأطفال  
خريجة كلية الطب  
بليج - بلجيكا  
طبيبة سابقة بمستشفيات  
مونتيفيليه وباريس - فرنسا**

Casablanca, le : 15/11/23

Nom : Dr Zouari Elmostafa

AB2.12 x 4  
=

Selbst 18015/12.5.1993

31.9.2019 Bisoprolol 5:14pm 1/8

MPB Askarli 78, typ 8

$\text{M}_2^{\text{Hg}} \text{ Hyperin : dep } 1/1$

$\text{MBN}^3$  Hyperin : typ 1



Dr Ilhame HJIAJ  
Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars  
Res. Carré d'Or - Casablanca  
GSM:06 61 71 00 44

79, rue de Rome angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC - Casablanca  
Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

**ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés**

PPU 22DH40  
EXP 05/2025  
LOT 31004 6

**ASKARDIL®** 75 mg 30 comprimés  
dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 05/2025  
LOT 31004 7

**ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles**

PPU 22DH40  
EXP 05/2025  
LOT 31004 6

**6 118001 130023**  
**HYPERIUM 1 mg - O**  
Boite de 30 comprimés  
PPV : 113,50 DH  
**Servier Maroc - Casablanca**

4010033

**HIFERON**  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 113,50 DH  
**Servier Maroc - Casablanca**

**HYPERRIUM<sup>®</sup> Img**

١٢

# BISOPRAL

5 mg

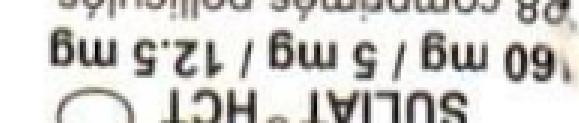
20 Comprimés pelliculés sécables

39,90

PPV:39DH90  
PER:10/25  
LOT:L3495

21M

*1521*



© 1998 MMX

www.oxfordtextbooks.co.uk

1



240

卷之三

188

100

182.10