

**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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Asphalte - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2076

Société :

RAM 190221

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Mme Khadija

BOUTNI

Nom & Prénom :

03 Nov 1956

Date de naissance :

30, me abchouane

Hay Ennabi

20.2.20

Adresse :

Tél. : 06 63 00 6681

Total des frais engagés :

1076.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ASSIRI
Cardiologue
69 16 79 0*

Date de consultation :

93/11/2023

Nom et prénom du malade :

Beatrice Khadija

Age : 67

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vertige + mal de gorge + sonde renversée

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 :

Cord

Signature de l'adhérent :

UR

Le : 93/11/2023

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
23/11/19 2023	C16 TECH		300+10	Attestation de paiement Cardiologue Dr. J. L. 7904 Tel: 06 69 16 79 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CAF Hind Benmoussa Rue Al Okhouar 05 22 39 81	23/11/2023	726,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOPHYSIQUES			
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	

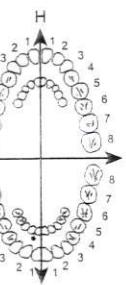
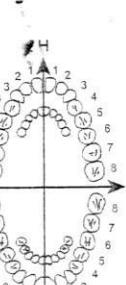
tous

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													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
Bordeaux - Belgique
- Diplômée en Echo doppler de l'université Bordeaux II
- Diplômé en Exploration de système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة مستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الإستشفائية ابن رشد الدار البيضاء
بوردو فرنسا / بيج بليجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب الصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي الالزادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 23/11/2023

119.80 ⌂
x 3
359.40 ⌂

69.80 ⌂

99.00 ⌂
x 3
297.00 ⌂

Losartan 10 ⌂
x 0 - 0 ⌂

Venoreline 0 - 0 ⌂

Oprenadol 40 ⌂
x 0 - 0 ⌂

Dr. Bouthif Khodja
PHARMACIE DU CAF
1 Rue Al Okhouar
Tél: 05 22 39 80 23
146A
PHARMACIE DU CAF
1 Rue Al Okhouar
Tél: 05 22 39 80 23
30m

Dr NASSIRI Ichraq
Cardiologue
Tél.: 06 69 16 79 04

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

عدم توقيف الوصفة حتى الموعد المسبق

COOPER PHARMA

PPC: 99,00 DH



FAB: 09/2022
EXP: 09/2025
N° de lot: 117022



VENOREINE®
Aescine / Ruscogéline / Acide ascorbique

X3
Ged

119180
PPV 1190480
PER 09/26
LOT M2B74

Loscita® 10 mg

Escitalopram

28 Comprimés pelliculés sécables

6 118000 041610

PPV 690480
PER 02/26
LOT M2001

Loscita® 10 mg

Escitalopram

14 Comprimés pelliculés sécables

6 118000 041603

CABINET DR NASSIRI DE CARDIOLOGIE

NOTE D'HONORAIRE

Nom- Prénom du patient :BOUTNI KHADIJA

DATE DE CONSULTATION : 23/11/2023

Mutuelle : MUPRAS

	Nombre	Prix unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES			
CONSULTATION + ECG	1	350 DH	350 DH
Total frais			350 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS CINQUANTE DIRHAMS

**TOTAL :
350 DH**

Dr NASSIRI
Cardiologue
249, Rés. El Mansour 1^{er} Etage
Appt N°1, Bd Yââcoub El Mansour
Casablanca - Tél: 0522 39 76 70
Appt N°1, Bd Yââcoub El Mansour
Casablanca - Tél: 0522 36 76 7

ID fiscal 24996072. Adresse : 249, Résidence EL Mansour, 1^{er} étage Appt N°1 Bd yacoub El Mansour- Casablanca

Tél :0522397670 ; INPE : 091200386, N° ICE : 0021916775000013