

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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0031066

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1962 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DERST M. LOUDA 194858
Date de naissance : 01/01/1974
Adresse : 55 cite Salim Bouzmike
Tél : 0675123995 Total des frais engagés : 300 + 918,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 24/01/2024
Nom et prénom du malade : DERST M. LOUDA Age : 50 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension Artérielle
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 : Bouzmike Le : 13/02/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
24/04/24	c s r f l l		300,00	 Dr. Selsabille EL HADDAJ consultation & exploration cardiovasculaires INPE - 101242311

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24-04-24

300,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

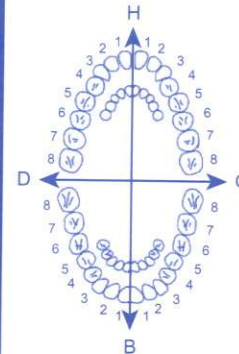
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

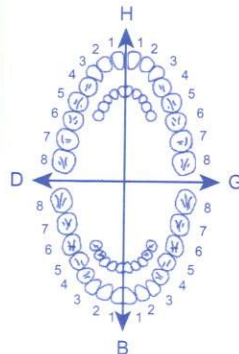
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Selsabille EL HADDAJI



الدكتورة سلسبيل الهداجي

- Spécialiste en cardiologie et maladie vasculaire
- Cardiologue interventionnel

اختصاصية أمراض القلب والشرايين

مستطرة الشرايين التاجية

-Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

ECG-Echodoppler cardiaque et vasculaire
Epreuve d'effort-Holter rythmique et tensionnel
Coronarographie - Angioplastie

-Ancien médecin interne du CHU de Rabat et des hôpitaux de Paris

Mme DERSI MILOUDA

24/01/2024

-Ancien médecin assistant des hôpitaux -Belgique-

1 - tensiotec 10mg

2 - BISOcard 5mg

3 - DIPICOR 5 MG

4 - CORvasal 2mg

1/2 - 1/2 - 1/2

Pharmacie de la Famille

Dr. EDDAKICH Hanane

N°4, Hay Othmane - Bouznika

Tel : 0537 74 55 51

Boulevard Mohammed VI (Riad Auparavant),
Lotissement Massira FB 14, 1er Etage, Appart 2-Mohammedia

شارع محمد السادس (الرياض سابقاً) قطاع المسيرة رقم 14
الطابق الاول ، رقم 2-المحدية

05 23 28 39 39

selsabille.elhaddaji@gmail.com

Whatsapp : 06 72 71 44 74

ACV0100062-05
TENSIOtec® 10mg
30 gélules
6 118000 120674

TENSIOtec® 10mg
30 gélules
6 118000 120674

ACV0100062-05
TENSIOtec® 10mg
30 gélules
6 118000 120674

Medicament autorisé / Authorized medicine
n°: 34009 3241081 1
3400932410811
PPV : 46 DH 70

DIPICOR® 5 mg
30 comprimés
6 118000 071112

DIPICOR® 5 mg
30 comprimés
6 118000 071112

DIPICOR® 5 mg
30 comprimés
6 118000 071112

39,50

Bisocard® 5 mg
30 comprimés enrobés
6 118000 331810

Bisocard® 5 mg
30 comprimés enrobés
6 118000 331810

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
6 118000 141112

Medicament autorisé / Authorized medicine
n°: 34009 3241081 1
3400932410811
PPV : 46 DH 70

Medicament autorisé / Authorized medicine
n°: 34009 3241081 1
3400932410811
PPV : 46 DH 70

Medicament autorisé / Authorized medicine
n°: 34009 3241081 1
3400932410811
PPV : 46 DH 70

Medicament autorisé / Authorized medicine
n°: 34009 3241081 1
3400932410811
PPV : 46 DH 70

Medicament autorisé / Authorized medicine
n°: 34009 3241081 1
3400932410811
PPV : 46 DH 70