

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-537130

19/2/2018



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

2046

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mme Khadija BOUTNI

Date de naissance :

03 NOVEMBRE 1956

Adresse :

301 mme khadija Appartement Hay Ennas
Boulevarde Cela

Tél. :

06 63 00 66 81 Total des frais engagés : 956.80 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

19/02/2018
Boutni Khadija

Age : 62 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'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
19.02.2024	CCS	200	200	INPE 1091200386
	CCS	50	50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
17 MACIE 2024	19/02	606,80
Aut	2024	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADJACENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
D.E.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G B
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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-Liège 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 الإستشفاءة ابن رشد الدار البيضاء
بوردو فرنسا / لينج بلجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي اللارادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 18/2/2024

Dr. Ichraq NASSIRI

119,80 x 2
118,90
x 2.

hoscinta 10/5
1 - 0 - 0

65,20 x 2
2)

Venoreline

99,00 x 2

606,80

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

PHARMACIE DU CAT
Dr. Hicham Benmoussa
Tél. : 06 69 16 79 04
Tél. : 06 69 16 79 04

Dr. Ichraq NASSIRI

Dr. Ichraq NASSIRI

Dr. Ichraq NASSIRI

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

عدم توقيف الوصمة حتى الموعد المقرب

CABINET DR NASSIRI DE CARDIOLOGIE

NOTE D'HONORAIRE

Nom-Prénom du patient : BOUTNI KHADIJA

DATE DE CONSULTATION : 19/02/2024

MUTUELLE: MAPRAS

	Nombre	Prix unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES			
CONSULTATION	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 Ichrac
Cardiologue
Tél. : 06 69 16 79 04

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

COOPER PHARMA
PPC: 99,00 DH



FAB:
EXP:
N° de lot:

09.12.2022
09.12.2025 117022



COOPER PHARMA
PPC: 99,00 DH



FAB:
EXP:
N° de lot:

09.12.2022
09.12.2025 117022



PPV 1110H90
PER 12/26
LOT M4419

PPV: 65 DH 20

PPV 1110H90
PER 12/26
LOT M4419