

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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 Asul Ben Abdellah - 6ème étage - Angle Rue Michaud et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hyphén - Casablanca - 20000 - Tel: 05 22 29 45 46 (111) - Fax: 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-554529

N° D
34924.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 34821	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abdelhamid
Nom & Prénom : ABDELHAMID ADEL			
Date de naissance : 18/04/52			
Adresse : 23, QUÉ IBNOU HA B1B - MARIE, CASA			
Tél. : 0661311542	Total des frais engagés : 603,70 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/07/2020			
Nom et prénom du malade : ADDEL Abdelhamid			
Age : 68			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca**

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

Le : **06/07/2020**

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-554529
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : **34821**
 Nom de l'adhérent(e) : **ADDEL - Abdelhamid**
 Total des frais engagés : **603,70**
 Date de dépôt : **14/07/2020**

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

- 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.

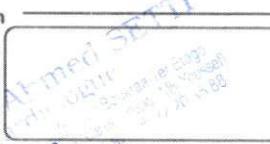
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-548606

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 34821	Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société : KAM	
Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Audit : Adel	
Nom & Prénom : ADEL		Date de naissance : 18/04/52	
Adresse : 23, Rue Ibnou Hatib Casablanca, Maroc		Tél. : 0661 31 15 42 Total des frais engagés : 603,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 06/07/2020			
Nom et prénom du malade : ADEL A B D E L H A D D A D Age : 67			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
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 14/07/2020
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 14/07/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-548606
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 34821	
Nom de l'adhérent(e) : ADEL - Abdelhadi	
Total des frais engagés : 603,70	
Date de dépôt : 14/07/2020	

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
07/12/2023			200,-	INP : 9112916
				Dr Ahmed 2023 Signature : 2023-12-07 Date : 2023-12-07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme ALLOCHE Zohly Khadja Pharmacie les Arénas Sue Alid Eddine Sayouri Rue Racine Casablanca	07/06/2020	Mme ALLOCHE Zohly Khadja Pharmacie les Arénas 3, Rue 13 Zt Eddine Sayouri Quadrant Racine 0522362824 - Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a cyclohexane ring with various substituents. A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards. A horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left. A diagonal arrow labeled 'G' on the right points towards the bottom-right. The substituents are numbered 1 through 8, with 1 at the top, 2 at the top-right, 3 at the right, 4 at the top-left, 5 at the left, 6 at the bottom-left, 7 at the bottom, and 8 at the bottom-right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille
Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور احمد السطوي

اختصاصي في أمراض القلب والشريان

خريج كلية الطب بيليل

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio -Vasculaires

07/06/20

Dr A. SETTI ABONEMENT

(273,00 x 1)

Expos 10/16/11

bansefni 15/11

(30,17 x 1)

Mme ALLOUCHE Zohry Khadja
Pharmacie les Arênes

5, Rue Jelal Eddine Sayouti
Tél: 05 22 36 28 24 - Casablanca

Mme ALLOUCHE Zohry Khadja
Pharmacie les Arênes
5, Rue Jelal Eddine Sayouti
Tél: 05 22 36 28 24 - Casablanca
303370



05/20/2011
P.E.B.: 11/2021
KARDEG 75 MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH/70

6 1180000 061847

Docteur Ahmed SETTI
Cardiologue

Residence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1^{er} étage - Casablanca - Maroc (Rue de la Foire Internationale - A côté de l'Hôpital My Youssef)
Tél: 05 22 20 35 84/88 - Urgences : 0661 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@yahoo.fr