

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-541017

ND: 36322

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>2834</b>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : <b>FOUADH MOURAD</b>			
Date de naissance : <b>17/08/50</b>			
Adresse : <b>LOT N° 11 MÉDICAL LOT 11 CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>06 71 83 4515</b> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>Dr. Youssef DAH CARDIOLOGUE 100 Bd. Ouardi - Casablanca - Tel: 05 22 53 80 00</b>			
Date de consultation : <b>29-07-2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>FOUADH MOURAD</b> Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>HTA</b>			
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**  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **11/08/2020**

### 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
29-07-2020	Colle Telle	300.00		INP : 911152674 Dr. YOUSSEF CARDIOLOGUE 100 Bd. Dugommier 75011 Paris Correspondance : Tel. 05 22 99 99 90

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JARMOUN SARL 100, Bd. Dugommier 75011 Paris Tél. 05 22 99 99 90 Fax : 05 22 99 99 91 E-mail : info@pharmacie-jarmoun.com Site : www.pharmacie-jarmoun.com	29/07/20	1764100

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

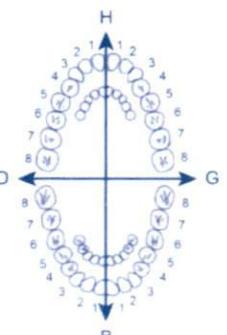
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 : [ ]
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

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

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur Youssef DRISSI**

Spécialiste des maladies  
du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne  
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler  
cardiaque couleur



**الدكتور يوسف الدريري**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان  
- الهولتر.

Casablanca, le

23. 5. 2020

جهاز مراقبة

294,000 Coveram 10110  
x6

موجات فوق الصوتية

1764,000

PHARMACIE LAIMOUN SARL AU  
166, Lot. Alaymoun Lissiasfa  
Casablanca - Tel.: 05 22 90 94 94  
RC: 381781 - T2 36293297 - T�: 348311  
fax: 00212 5022500009



Dr. YOUSSEF DRISSI  
100 Bd. Oum Rabii - Casablanca - T2 36293297  
fax: 00212 5022500009

100، شارع أم الريبيع - إقامة الأفق - الحي الحسني والدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca  
Tél./Fax : 0522 93 86 00 - E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82  
المستعجلات : 0522 93 86 00

حبات ١٠ ملخ / ١٠ جمجمة

بيراكتوبيريل أرجنین / أملودیپین

١٠ جمجمة

حبة ٣٠



٢٩٤,٠٠

حبات ١٠ ملخ / ١٠ جمجمة

بيراتش بيريل أرجنتين / أملوديبين

١٠ جمجمة

حبة ٣٠



٢٩٤,٠٠

حبات ١٠ ملخ / ١٠ جمجمة

بيراتش بيريل أرجنتين / أملوديبين

١٠ جمجمة

حبة ٣٠



٢٩٤,٠٠

حبات ١٠ ملخ / ١٠ جمجمة

بيراتش بيريل أرجنتين / أملوديبين

١٠ جمجمة

حبة ٣٠



٢٩٤,٠٠

حبات ١٠ ملخ / ١٠ جمجمة

بيراتش بيريل أرجنتين / أملوديبين

١٠ جمجمة

حبة ٣٠



٢٩٤,٠٠

حبات ١٠ ملخ / ١٠ جمجمة

بيراكتوبيريل أرجنین / أملودیپین

١٠ جمجمة

حبة ٣٠



٢٩٤,٠٠