

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

Conditions générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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'autorisation préalable, est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, prothèses 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.

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie :

La copie 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.

Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

L'autorisation préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de traitement.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Pour les prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est exigé avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le remboursement des soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° P19-0048225

63597

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1788 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL AH HOUSSANE EL Mostafa

Date de naissance : 10 - 1950

Adresse : 118 Boulevard Toulami

Tél : 0663017862 Total des frais engagés : mille six cent euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/02/2021

Nom et prénom du malade : EP Mostafa Houssane Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anxiété de l'ordre de ...

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 : casa Le : 15/2/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Mails utiles

contact@mupras.com

pec@mupras.com

adhesion@mupras.com

respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

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

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
5/12/21	ECG	K 16	200 DH	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet: Pharmacie EL FATIHA]</i>	5/12/21	1434,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

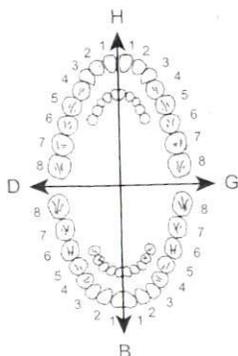
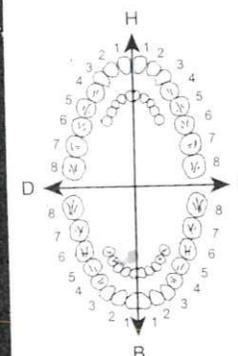
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>													
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000999</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000999	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>
		H															
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		B															
00000000		00000999															
35533411		11433553															
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

Dr. Mohamed EL AISSI

الدكتور العيسى محمد

Spécialiste en cardiovasculaire
Lauréat Faculté de Tours - France
Ex Medecin à l'Hôpital Mohamed V
El Jadida



التخصص في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بتور - فرنسا
طبيب سابق بمستشفى محمد
الجديدة



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

El Jadida le : 05/02/2022 : الجديدة في

LOT : 201E016
PER: 11/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT : 201E016
PER: 11/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

Handwritten medical notes in blue ink:
1/2 Kardegic 160mg
95.00 x 6
2/ Cardensiel 5mg -> 100 = 1/1
27.70 x 6
3/ Cholesterol 200 = 1/1
91.00 x 6
4/ Cardensiel 2.5mg - 1/2
50.70 x 3

Pharmacie AL FAT
Dr. EL FATHI OMAR
183 Av. Méditerranéenne
023 00 00 00

الدكتور العيسى محمد
Docteur EL AISSI Med
CARDIOLOGUE
1, Av. El Massira - El Jadida

CARDENSIEL 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

Cardensiel 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

Handwritten notes:
95.00
1434.30

CARDENSIEL 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

LOT : 19E005
PER: 04/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT : 19E005
PER: 04/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT : 201E023
PER: 06/2022
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

GSM : 06 62 84 69 22

Tél. : 05 23 36 17 89

Adresse : N°1 Avenue El Massira El Jadida à côté de Pharmacie Californie

LOT: P01
PER: 03-2022
PPU: 91,00 DH

LOT: P01
PER: 03-2022
PPU: 91,00 DH

rimés

20 mg

LOT: N04
PER: 03-2022
PPU: 91,00 DH

comprimés

LOT: N02
PER: 03-2022
PPU: 91,00 DH

28 comprimés

LOT192331 3

EXP 10 2021

PPV 95 00

LOT 170924

EXP 05 2019

PPV 95 00

95,00

LOT 170924

UTAV 05 2019

PPV 95 00

95,00

LOT: P02
PER: 08/2022
PPU: 91,00 DH

عن طرف

LOT: N02
PER: 03-2022
PPU: 91,00 DH

comprimés

Comprimés pelliculaires sécables B/30
Cardensilex 2,5 mg
611 8001100859
PPV: 54,10 DH
LOT: N0235

Comprimés pelliculaires sécables B/30
Cardensilex 2,5 mg
611 8001100859
PPV: 54,10 DH
LOT: N0235

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
LOT: 2020078
P.P.V.: 35DH70
6 118001081189