

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.

Education :

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.

Prothèse 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

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° P19-0026551

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0947 Société : 67246

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MALTOF EL HOUCHE

Date de naissance : 1948

Adresse : c/s ber M. Boncharle Rue 593

Tél. : 0522326228 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/04/2021

Nom et prénom du malade : M. Kercoum FATMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Arteriose

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 : 02/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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
02/04/21			€ 3000 H€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTOUBIA Docteur Me... Cité Djamaa - Casablanca Tél: 22 37 31 67 - 22 57 30 24 INPE: 92036964	02/04/2021	7296,63

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

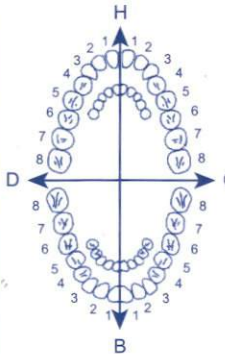
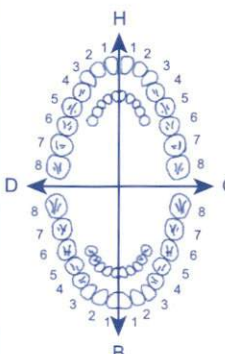
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Safae ABDERAZZAK

CARDIOLOGUE

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Épreuve d'effort - Holter - Echocœur de stress
Adultes et Enfants



الدكتورة صفاء عبد الرزاق
أخصائية في أمراض القلب و الشرايين
طبيبة سابقا بمستشفيات باريس
ارتفاع الضغط - الفحص بالصدى
تخطيط القلب أثناء الجهد - السجل المستمر للضغط
الكبار و الصغار

Ordonnance PHARMACIE KOUTOUBIA

Casablanca, le :

02/04/2021

Lotissement Meccoudia Rue 24 n°106
Cité Djennas - Casablanca
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24
INPE: 92038904

Mme Kerroem FATIMA

OG 1840 06232 2020 0823
PPV: 65,70 DH 70 65,70
OG 1840 06232 2020 0823
PPV: 65,70 DH 70 65,70

Bisoprolol 10mg - 1-0-0 65,70 x 6

125,60 125,60 125,60

Bipreterax 5/1,25mg - 1-0-0

125,60

125,60

125,60

1- cure for 2 mois

49,60 x 3

per 1 coup chaque mois pelt 3 mois

PPV: 49,60 DH
LOT: 20J26
EXP: 10/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20J26
EXP: 10/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20J26
EXP: 10/2023

Dr Safae ABDERAZZAK
CARDIOLOGUE
17 Rue Bachir El Alj 1er Etg n°5
Tél: 0522 25 78 78

PHARMACIE KOUTOUBIA
Lotissement Meccoudia Rue 24 n°106
Cité Djennas - Casablanca
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24
INPE: 92038904

Tel: 05 22 25 78 78 / Email: safaeabderazzak@yahoo.fr
Adresse: 17, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj. Résidence le Louvre: 1 er étage, app 5 - Casablanca.

Karroum, Fatima
ID: -
D-naiss 25-Déc-1954
66ans, Fem.

02-Avr-2021 11:54:22

Fréq. Card. 66 BPM
Int PR 153 ms
Dur. QRS 101 ms
QT/QTc 379/392 ms
Axes P-R-T 53 35 59

