

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W21-607514

72535

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 02189		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAATOUQUI Mohamed			
Date de naissance : 1956			
Adresse : G.T Rue 105 N° 6 OULFA CASABLANCA			
Tél. : 0664022730		Total des frais engagés : 107,20 DHS	

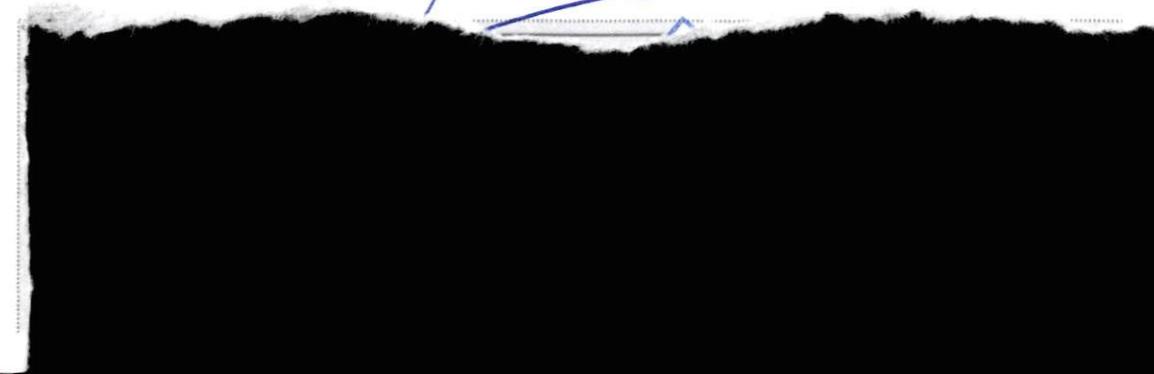
Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation :	/		
Nom et prénom du malade :		Age :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : CASA

Le : 26 / 05 / 2021

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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
	12/12/2015	10440	
	21		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COTATION														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	B		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	B																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
				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"/>														

# Docteur Houda EL HADI

CARDIOLOGUE

Maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômée des facultés de médecine de  
Casablanca et Bordeaux II

Casablanca, le : 17/03/2021

## M. MAATOUQUI Mohamed

Régime peu salé, diabétique

PRELECTAL 5/1,25 mg : 1 comp. par jour le matin

BISOCARD 5 mg : 1 comp. par jour le matin

INIKAL 5 mg : 1 comp. par jour le matin

CARDIOASPIRINE 100mg : 1 comp. par jour au repas de midi

CRESTOR 5 mg : 1 comp. par jour au dîner

Traitements à poursuivre jusqu'au prochain contrôle/ 15 JOURS

LOT : 201537  
UT AV : 09/2023  
PPV : 43,00DH

Cardioaspirine 100 mg/30cpr  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6118001090280

Dr. Houda EL HADI  
CARDIOLOGUE  
159, Bd Sidi Maarouf (lot Dandoun)  
1er Etage, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 58 48 57 - 06 50 69 53 36



## PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

#### **2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA**

R.C :250415

T.V.A :40456596

Patente:37986873

C.N.S.S.2026351

Tél : 0522 90 51 03

Le 17/05/2021

**FACTURE N°667032**

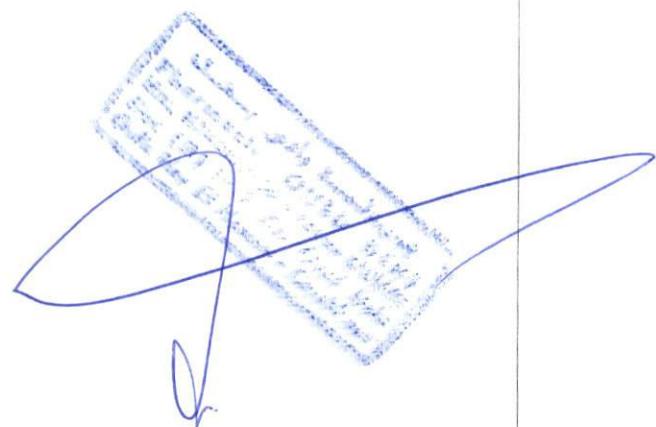
N° ICE : 000198418000024

## MAATOUQUI MOHAMED

N° IF : 40456596

ICE N°:

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	INIKAL 5MG BTE 30	43,00	43,00		
1	BISOCARD 2.5	37,00	37,00		
1	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	27,70		



**TOTAL T.T.C :**

107,70

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cent Sept Dirhams et 70 centimes.*