

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 canaux, 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 canaux.

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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-608334

ND: 78136.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALMONY Abdelmajid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop ALICHAFA II n° 21 Sidi Maarouf CHSA

Tél. : 0698.38.54.57 Total des frais engagés : 3.082.30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Siham BELAICHE Cardiologue
Angle Bd. Ibn Tachenne et Adraa
Mourakouchi 3ème Etage N° 5
Mourakouchi Tél: 0522 61 11 33

Date de consultation : 07/06/2021

Nom et prénom du malade : HALMONY Abdelmajid Age: 88

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

Nature de la maladie : MURAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 JUL. 2021

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.

ACCEUIL

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 : CHSA Maarouf

Le : 15 / 07 / 21

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 Prestataire attestant le Paiement des Actes
07.06.2021		1	15000	Dr. Sihem BELAICHE Cardiologue Angie Bel-Idja H. Mourakouhni 3ème Etage N° 1 Tél: 0522 61113

[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES		PPV : /	131 DH 50
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 traitement par prothèse fixe ou mobile.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	6 118001 100873 Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH 6 118001 100873 Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH 6 118001 100873 Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH 6 118001 100873 Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH	
		INP : / COEFFICIENT DES TRAVAUX : / MONTANTS DES SOINS : / DÉBUT DE L'EXECUTION : / FIN DE L'EXECUTION : /	
		STARVAL® 80 mg 28 comprimés pelliculés Voie orale 6 118000 380405	
		STARVAL® 80 mg 28 comprimés pelliculés Voie orale 6 118000 380405	
		PPV : / 131 DH 50 Lot n° : / Exp. : /	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINER	131 DH 50 COEFFICIENT DES TRAVAUX : / MONTANTS DES SOINS : / DATE DU : / PPV : / 131 DH 50 Lot n° : / Exp. : /	
		XARELTO 15 mg Rivaroxaban 14 cps P.P.V. : 314,00 DH Bayer S.A. 6 118001 090778 25533412 21433000 XARELTO 15 mg Rivaroxaban 42 cps P.P.V. : 909,00 DH Bayer S.A. [Crée Fonctionnel] 6 118001 090785	
		STARVAL® 80 mg 28 comprimés pelliculés Voie orale 6 118000 380405	
		STARVAL® 80 mg 28 comprimés pelliculés Voie orale 6 118000 380405	
		PPV : / 131 DH 50 Lot n° : / Exp. : /	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA PRESTATION EFFECTUEE	

Dr. Siham BELAICHE

**Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux**

**Explorations
Cardio-Vasculaires**

د. سهام بلعيش

**إختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين
استكشاف أمراض
القلب و الشرايين**



de Flore

Hemoney Abdelmajid

1315044

Stance 80

314.00
909.1042

Stance

Xaucto 10



3
mai
de

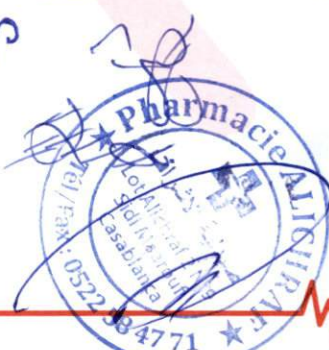
58.1013

Cardonier



للحائض

Tf 2832.30



Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd. Ibn Tachfine et Adraa
El Mourakouchi 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tél. 0522 61 11 33

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
(فوق أسيميا و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33
Angle Bd. Ibn Tachfine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

☐ valable 3 mois

Le 07/06/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Harmony Abdelouahab

Présente H.T.A. + A.C.F.A.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Xarello 112 mg + Cardomir 75 mg
Stavudine 30 mg + Cardomir 75 mg

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah. 6ème Etage. Casablanca

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd. Ibn Lachefine et Adraa
EL Mourakouh 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tél: 0522 61 11 33

JUIN 07 2021 16:01
ID= AGE=

AC, DERIVAT

MALTON/ABDELJED

