

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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° M21- 048531
ND: 86173
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02508 Société : D.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Abderrahim HAMDAOUI
Date de naissance : 01.01.1954
Adresse : 71 passage ghassane el karafawi HAYYAT MINA
Bennechtia
Tél : 0635626592 Total des frais engagés : 1175.60 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. EL MOUTASSIL T.
Cardiologue
4, Rue Okba Ben Nafi
1er étage - BERRECH
Tél : 022 32 47 92 - D : 022 32
Date de consultation : 21/09/21
Nom et prénom du malade : HATDAOUI ABDERRAHIM Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle + diabète
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/09/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
21/09/21	CS		2500H	<p>Dr. EL MOUTASSIL T.</p> <p>Cardiologue</p> <p>4, Rue Okba Ben Naf</p> <p>1er étage - GERRECH</p> <p>Tel C. 022 32 47 92 - D. 022 32 47 93</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ASMOUN Samir</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>Rue ASSALAH Hay Al Houss</p> <p>BERRECH</p> <p>Tel: 05 22 32 84 94</p>	21/09/21	915,65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

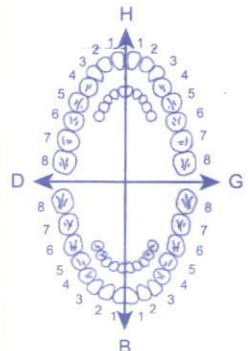
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Touria EL MOUTASSIL

Cardiologue - Diplômée de la Faculté
de Médecine de Tours (France)

Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Echo-Doppler Cardiaque - Holter ECG
et Holter T.A. Epreuve d'effort

ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie

الدكتورة تورية المتصل

اختصاصية في أمراض القلب والشرائح

خريجة كلية الطب بتور (فرنسا)

الفحص بالأمواج فوق الصوتية

Berrechid, Le: 21/09/21 برشيد، في:

M^R HAMDAOUI -

6x72,00

ABDERRAHIM.

- Détensiel $1/2$ x 2/T
3x 120,00 matin et soir.

- Invel $1/2$ x 2/T le matin.
3x 28,00 150mg

- Glucophage $1/2$ x 2/T le matin, $1/2$
le midi et $1/2$ x 2 le soir avant
49,60

- A.Cure forte $1/2$ x 2/T/mois.
792,5160

QSP 3 mois

إقامة رياض زنفة ابن خلدون برشيد - الهاتف: 05 22 32 47 92

Résidence Riad, Rue Ibn khaldoune - Berrechid - Tél.: 05 22 32 47 92 - ICE: 001744963000063

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

120,00 /

120,00 /

120,00 /

LOT 201339
EXP 10/2023
PPV 28,00DH

28,00 /

28,00 /

PPV: 49,60 DH
LOT: 21628
EXP: 07/2024