

## 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

N° W21-669937

Avril 2014

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1896

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHIAZZAL DRISSIA

Date de naissance :

28/11/53

Adresse :

Aerocity Inn Apt 10 Casa

Tél. :

0675 36 47 54

Total des frais engagés :

949,60 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : 12/10/2014

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
 DR. Rachid Chahed PHARMACIE N° 155 Tunisie 021 202 021	12/02/22	945,62

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

Date

**Montant de la Facture**

12/21/22

948, 62

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**Cachet et signature  
du Particulier**

Date des  
Soins

**Nombre**

### Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mouad CRIQUECH**

Spécialiste  
Maladies du cœur et des vaisseaux



**الدكتور معاد كريشك**

اختصاصي  
في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : 02/12/2021

*Mme GHAZZAL DRISSIA*

*8x 142,70*  
1 - COVERSYL 10 MG



*1 comprimé par jour*

*2 - DETENSIEL 10mg*

*1/2-0-1/2*

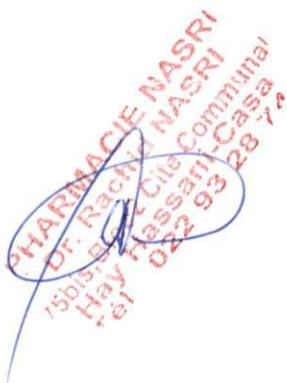
*2x 46,70*  
3 - zyloric 100mg



*1-0-1*

*949,60*

*traitement de 6 mois*



**Docteur Mouad CRIQUECH**  
Cardiologue  
262 Bd Yaâcoub El Mansour Casablanca  
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

**CUVIEN**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés

**30**

Comprimés pelliculés



167,30

**CUVILIN**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés

**30**

Comprimés pelliculés



167,30

**CUVILIN**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés

**30**

Comprimés pelliculés



167,30

**CUVILIN**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés

**30**

Comprimés pelliculés



167,30

**CUVIEN**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés

**30**

Comprimés pelliculés



167,30

**CUVILIN**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés

**30**

Comprimés pelliculés



167,30

زيلوريك®  
ألوبورينول  
100 ملغ

100 قرصاً

عن طريق الفم

LOT 200912

EXP 04 2024

PPV 46.70 DH

زيلوريك®  
ألوبورينول  
100 ملغ

100 قرصاً

عن طريق الفم

LOT 200912

EXP 04 2024

PPV 46.70 DH

PHARMACIE NASRI  
DR NASRI RACHID  
75 BIS, BLOC 2 CITE COMMUNAL HAY HASSANI  
CASABLANCA

12/02/2022

Tél : 0522932874

GHAZZAL DRISSIA

ICE : 092044965

FACTURE N° : 4356 du 12/02/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
6	COVERSYL 10MG/ 30 CPS	142,70	856,20	0%
2	ZYLORIC 100*100 COMP	46,70	93,40	7%
Total TTC				949,60

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
NEUF CENT QUARANTE NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

	TAUX	H.T	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	856,20	0,00	856,20
7.00%	7,00	87,29	6,11	93,40
		943,49	6,11	949,60

**valable 3 mois**

Le 29.11.2021

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné : *Dr CRIQUECH Mouad*

Docteur Mouad CRIQUECH

Cardiologue

212 Bd Yacoub El Mansour Casabla  
Tél: 05 22 94 08 10 GSM: 06 62 80 11 75

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Ghazzal Dzibia*

Présente .....

*H/A*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *3 mois renouvelable*

*Coveryl 10 - Detentyl 10 - Zylarctol*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage Casablanca