

## 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

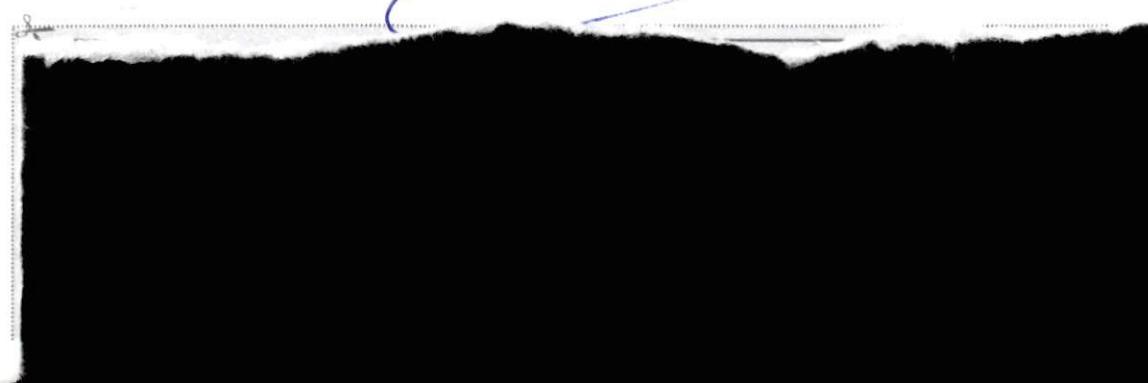


## Déclaration de Maladie

N° W21-651466

107590

<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 CASA			
Adresse :			
G.T Rue 105 N° 6 OULFA CASABLANCA			
Tél. :	0664022730	Total des frais engagés :	
		107,30 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Houda EL HADI CARDIOLOGUE 158 Rd Sidi Maârouf, (Lot Dardoun) 1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 0522 58 48 57 - 06 50 61 53 38			
Date de consultation :			
07/03/2022			
Nom et prénom du malade :			
MAATOUQUI Mohamed			
Age :			
Lien de parenté :			
Fille - Drs - Aoui			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
HIA - Drs - Aoui - Coronopathie			
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			
Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 07/03/2022			



**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attesteant le Paiement des Actes
07/03/2022	03/03/2022	Dr. Houda EL HADI CARDIOLOGUE 159, Bd Sidi Maârouf, (Lot Dandoun) 1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca	INP : 1111111111111111	07/03/2022 Dr. Houda EL HADI CARDIOLOGUE 159, Bd Sidi Maârouf, (Lot Dandoun) 1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie OUED BEHT N° 2, Bd. Oued Bab Hy. Oufa Tél: 0522 90 51 03 Casablanca	23	130

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : 1111111111111111
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	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 Houda EL HADI**

## CARDIOLOGUE

## Maladies du coeur et des vaisseaux

Diplômée des facultés de médecine de Casablanca et Bordeaux II

Casablanca, le : 07/03/2022

**MAATOUQ QUI Mohamed**  
SYNTHEMEDIC

### Régime peu salé, dia

HYTACAND 16/12,5 16 118001 020898

BISOCARD 5 mg : 1

AMOVAS 5 mg : 1

## CARDIOASPIRINE

## CRESTOR 5 mg

SYNTHMEDIC  
 22 rue soubré brou al souam roches  
 nores casablanca  
**HYTACAND**  
 16 mg/12,5 mg Cpr  
 Bte de 30  
 29 DMP/21 NRQ P.P.V: 176,20  
 6 118001 020898

39,80

49.60

le matin 176,20

atin 39.80

49, 40

ar jour au repas de midi

au diner 114,10

Cardioaspirine 100 mg/3 cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,0 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

### Traitements de 3 mois

Dr. Houda EL HADI  
CARDIOLOGUE  
Sidi Maârouf, (Lomé)  
Tél: 07 - 06 50 66

Dr. Houda EL HADJ  
CARDIOLOGUE  
159, Bd Sidi Maârouf, (La Gandonne)  
1<sup>er</sup> Etage, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 0522 58 48 37 - 06 50 69 53 38

للمحة والدي بهت  
L'ADMIRI BEHT MAHROUCH ZAKIA E.P.  
N° 2, Bd. Cheb  
Bab El Oued  
Casablanca  
Tel. 0522.90.51.03

Adresse : N° 159 Bd Sidi Maarouf (lot Dandoun), Sidi Maarouf, 1 er étage, CP 20520, Casablanca

Bur : 0522584857 Urgences : 0650695336 - Email : dr.elhadicardio@gmail.com