

108054

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 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° W21-680502

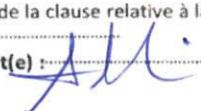
par courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1161	Société : RAOI		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ESSAM Fali et Mohamed -			
Date de naissance : 30 juillet 1950			
Adresse : Resid. Yasmine 1182 Apt 4 ^e 11 WIFIKA - Temara -			
Tél. 06 61 13 41 22 Total des frais engagés : 906,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	YOUSSEF IDIDI Yassine Cardiologue Rue... N° 11, 1er étage Tél. 05 37 85 26 71
Date de consultation : 07/02/22		
Nom et prénom du malade : BOUALILA Faâma - Age:		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
HDA		
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 : SADE Le : 07/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

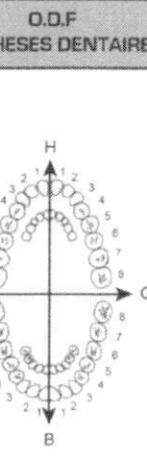


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/02/2022	Holter Ténsiométriel		600,00	INP : 101161999 Signature du Médecin Dr. LIDIDY CECILE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien qui fournit	Date	Montant de la Facture
LA CHAUSSE MALL Immob HALIMAT EL MOUSSA - SALE 01- 37 88 45 60 02- 10 26 84 860	07-02-22	306,00 Dhs.

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input type="text"/>			
	[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				



الدكتورة يسمينة ليديدي
Docteur Lididi Yasmina
CARDIOLOGUE

Salé, le: 07/01/2022

Nee. BOUALILA Fadma

263,00

Coveram 1015

1 - 0 - 0 .

37,00

Piprrol 2,5

1/2 - 0 - 0 .

306,00

~~PHARMACIE SEMLALI
N° 9 - SIDI MOUSSA - SALF
Tél: 05 37 88 45 60~~

~~PHARMACIE SANTE AL WIR
1197, Lot. Wifak, Rue Atassamol
TEMARA
Tél.: 05 37 64 55 5A~~

الدكتورة يسمينة ليديدي
Dr. LIDIDI Yasmina
N° 31, Tabriket - Salé
Tel.: 05 37 85 26 71 INP: 101103959

كوفيرام

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنinin / أملوديبين

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنinin / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم.

الاحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال وعن نظرهم.

تحتوي الجبة الواحدة على 6,790 ملغ من البراندوبريل بما

يعادل 10 ملغ من البراندوبريل أرجنinin، و6,935 ملغ من

الأملوديبين بيزيلات بما يعادل 5 ملغ من الأملوديبين.

يحتوي على سكر الخليب أحادي آلام: راجع الشرة لمزيد

من المعلومات.

لا يعترض إلا بوجب وصفة طبية.

التقىد بالجرعة التي وصفها الطبيب.

إقرأ الشرة الداخلية قبل الاستعمال.

التصنيع : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

التحنة : سرفير - المغرب
Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasser

10 5

30 جبة



كوفيرام

969,00 در

40 X 40 X 65 mm

BIPRO[®] 2,5 mg

POLYMÉDIC

Bisoprolol

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

37.00 ₣

POLYMÉDIC



CABINET DE CARDIOLOGIE

Note d'honoraire :

N° 0225 /2022

Je soussignée **Dr LIDIDI Yasmina**, cardiologue
certifie avoir encaissé la somme de **600 DH**
pour **Holter tensiométr**
de la part de Mr/ Mme **Bousaliha Padma**
Ce jour le **07/02/2022**

IF:34527104

ICE: 001688507000020

INPE: 101165959

N° Patente: 29062654

Dr. LIDIDI Yasmina
Cardiologue
30, Av. Med V, N°31, Tabqet
Salé - Tél: 05 37 85 26 71