

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.

N° W21-673333

11/09/34

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1599

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL TIR EL ABBOUBI

Date de naissance :

20/06/1950

Adresse :

14 Cifà WAKANATI Fkt. ALENAOUR
ANFA CASA

Tél. :

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15-03-2022 Christine
Age: _____

Nom et prénom du malade :

Yuse JARNE ép EL TIR
Age: _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HHTA + Athéromate Corohtien

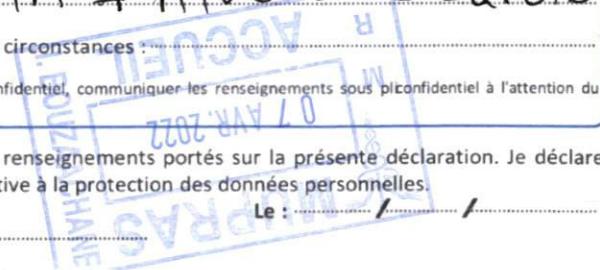
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : _____

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
15 03 2022	G+FCG		300,-	INP : 091172480 Dr. Hajar Guenou Cardiologue Rés. Bemah Casablanca Tél. 0524 555 559

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARAUCARIA Chamali Pharmacy Rue d'Ifrane May 5 OIL - Casablanca 036-1385-11	15/03/2022	2175,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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 Particien	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.																			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-----</td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	-----	-----	00000000	00000000	35533411	11433553	B	D	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	-----	-----																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B	D																	
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

**Dr. Hajar Guenniou
Cardiologue**

Diplômée de la faculté de médecine de Lille - France

Ancien interne et praticien hospitalier des hôpitaux de France

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Test d'effort - holter tensionnel et Rythmique

Echographie cardiaque de stress



**الدكتورة هاجر الكبوي
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين**

خريجة كلية الطب بليل - فرنسا

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

الفحص بالصدى للقلب والشرايين

التسجيل المستمر لضغط الدم ولضربات القلب

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

Madame Marie Christine JARNE EP ELMIR

le Mardi 15 Mars 2022

18400
x 3

TRIPLIXAM 10/10/2,5
1 Comprimé le matin

5810
x 3

CARDENSIEL 5 mg
1 le soir

27000
x 3

COPLAVIX 75/100 MG
1 Comprimé le midi

15990
x 4

TAHOR 40MG CPR 28 (Atorvastatine)
1 Comprimé le soir

2175,90

Prochain rendez-vous le:

**HAJARGUENNIOUT
CARDIOLOGUE**

67, Rue Al fourate, Résidence Bernaben, 4^{ème} étage N°7 Maarif extension - Casablanca

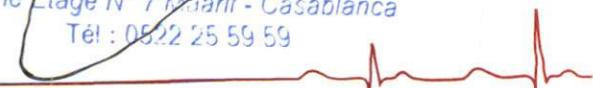
زنقة الفرات، إقامة برنابن الطابق 4، رقم 7، المعالييف - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 25 59 59 - Urgence: 06 62 07 21 27 - Email: dhl.guenniou@gmail.com

**Dr. Hajar Guenniou
Cardiologue**

67, Rue Al Fourate Res. Bernaben
4ème Etage N° 7 Maârif - Casablanca

Tél : 05 22 25 59 59



PPV: 159DH90

PPV: 159DH90

PPV: 159DH90

PPV: 159DH90

AMM n° 502/17 DAMP/21/NNP
8001088B/0001

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

AMM n° 502/17 DAMP/21/NNP
8001088B/0001

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

AMM n° 502/17 DAMP/21/NNP
8001088B/0001

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

AMM n° 502/17 DAMP/21/NNP
8001088B/0001

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