

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

M22- 0007251

120326

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450

Société : Royalair Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : ZEGGANI Mohamed-

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : 119 HAY ALWAHDA- EL ALIA

20830 Mohammedia (Maroc)

Tél. 0633266200 Total des frais engagés : 171,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Carolio TAJAOUI

Date de consultation : 14.01.2022

Nom et prénom du malade : ZEGGANI RAHMA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ZEGGANI RAHMA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : MLD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : aucun

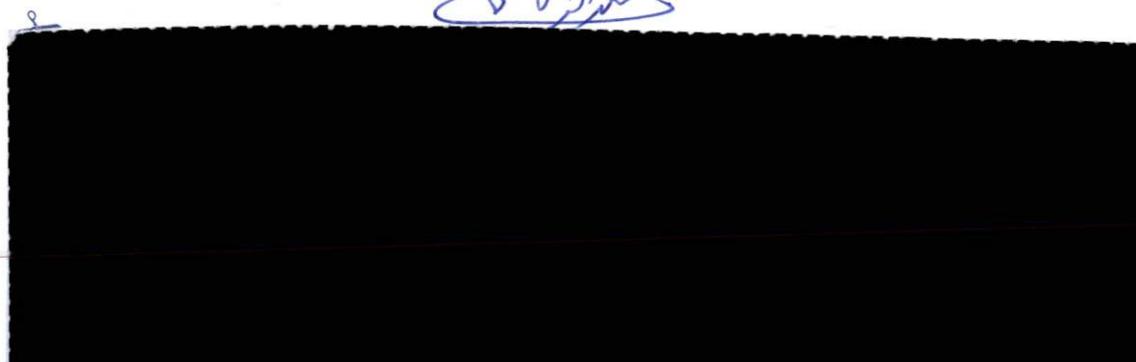
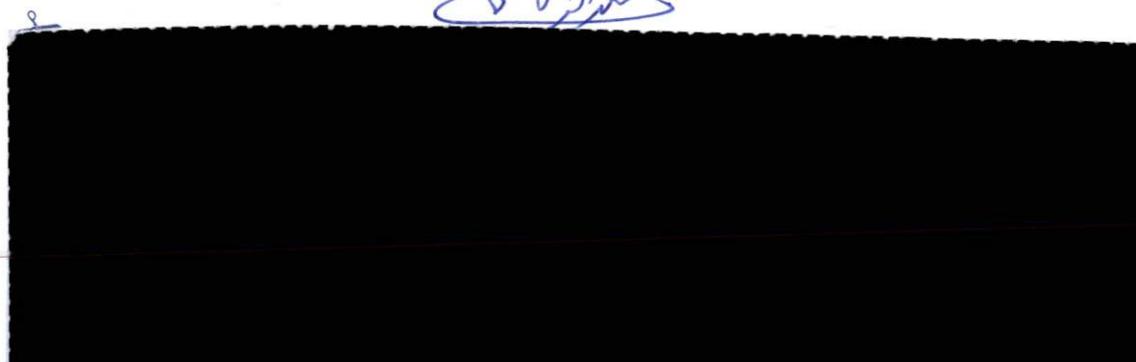
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Mohammed ZEGGANI RAHMA

Le : 13/05/2022

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
			<u>Déclaration</u>	<u>Ordonnance</u>
<u>MD</u>	<u>du 14-01-2022</u>		<u>deposée à MURAS</u>	<u>du</u> <u>14-1-22</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/5/2022	172,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الحسنية

PHARMACIE EL HASSANIA

BERRI Najat Ep. LBOUCHE
Docteur en Pharmacie

N° 165, Bd de la Résistance
El Alia - Mohammedia
Tél. : 05 23 28 76 61



Mohammedia le 13/5/2022

FACTURE N° 0144/20

Dame ZEGGANI RAHNA (00450) DOIT

Quantité	Désignation	P.U	TOTAL
0,1	Diprenzane 5mg 1,12,53 x 8	11,30	114,30
0,1	Cardensiel 5mg x 8	58,10	58,10
Total: 172,40			
Cette Facture est établie à la somme de Cent Soixante-Douze Dirhams et les autres			
 PHARMACIE EL HASSANIA DR. BERRI NAJAT EP. LBOUCHE N° 165, Bd de la Résistance EL ALIA - MOHAMMEDIA TÉL. : 05 23 28 76 61			
 6 118001 100873 Diprenzane 5mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH			
 PPV 114DH30 PER 03/25 LOT L1170			

Dr Abderrahim TAJAOUI
CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Spécialiste des Maladies du cœur et vaisseaux
Exploration Cardio-Vasculaire
ECG-HOLTER TENSIONNEL
HOLTER RYTHMIQUE-ECHO-DOPPLER
CARDIAQUE - EPREUVE D'EFFORT



الدكتور عبد الرحيم تجوي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بباريس

الفحص الآلي للقلب و الشرايين

استكشاف الضغط و ايقاع النبضات

الفحص بالصدى للقلب

14.01.22

Mohammedia, le :
المحمدية، في :

Leggiwil Roma

116,30
Diphazal 50/12,5

14/01/2008

Dr. TAJAOUI ABDERRAHIM
CARDIOLOGUE
2 Bd. Mohammed V Mohammedia
Tél : 05 23 31 23 23
INP : 091132779

Sur rendez-vous

بالموعد

اقامة بلفقيه (عمارة القرض الفلاحي) 2، شارع محمد الخامس - المحمدية / الهاتف : 05 23 31 23 23 - الفاكس : 05 23 32 44 00
Résidence Belafkih (Imm. Crédit Agricole) 2, Bd. Mohammed V - Mohammedia / Tél. : 05 23 31 23 23 - Fax : 05 23 32 44 00

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Nom et prénom

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

MR ZEGGANI Mohamed

Matricule :

N° CIN :

00456

F 7432

Adresse :

119 HAYAR wahda - El Alia - 20830 Mohammedia

Bénéficiaire de soins :

Adhérent

Conjoint

Enfant

Je soussigne :

Partie réservée au médecin traitant

N° ICE :

Spécialité : Dr. TAJAOUI ABBERRAHIM
CARDIOLOGUE

Certifie que Mise, Mme, Mr :

N° INPE : 2 Bd. Mohammed 5 Mohammedia
Tél : 05 23 31 23 23
INP : 091132779

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Syndrome de poitrine
+ HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Scitipro 100 mg
Pezar 50 mg
Acci

Caranavacril

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 14/12/21

→ voir ordonnance du

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. TAJAOUI ABBERRAHIM
CARDIOLOGUE
2 Bd. Mohammed 5 Mohammedia
Tél : 05 23 31 23 23
INP : 091132779

14/12/2021 PREZAR
remplacé par
DI PREZAR 50/12,5 mg

*Cette déclaration est renouvelable une fois
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées