

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☒ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02501 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. BIRKOU Mohamed-Naji
 Date de naissance : 07/01/1938
 Adresse : 35 Cours DES SPORTS
 20200 CASABLANCA / HH
 Tél. : 0662 51 21 54 Total des frais engagés : 997,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 14/04/2022
 Nom et prénom du malade : M. BIRKOU Mohamed-Naji Age : 75
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASABLANCA Le : 14/04/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
14/4/2022			Costuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-04-2022	997,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

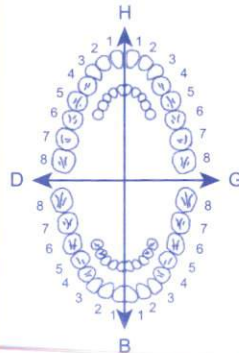
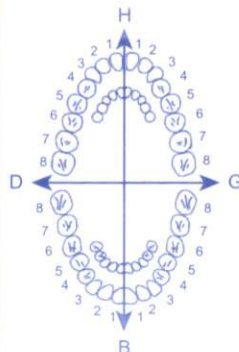
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samar FERHI
Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux



الدكتورة سمر فرحي
طبيبة اختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين

Ancien interne du CHU Ibn Sina de Rabat
 Diplômée de l'Université de Médecine de Rabat
 Diplôme d'échocardiographie Doppler
 de l'Université de Bordeaux

طبيبة داخلية سابقا
 بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط
 خريجة كليات الطب بالرباط والفحص بالصدى
 ببوردو

Casablanca, le 14/04/2022 في الدار البيضاء،

Mr NBIRKOU Mohamed Nys

246109

X3

Amlor plus 10/10mg



1 cp/j

35170
X3

Uar d'opie 160mg



14

5070x3

1 cp/j à midi
 Cardamuel 20mg



3mg

1 cp/j

99720

Docteur Samar FERHI
 Spécialiste en cardiologie
 et Imagerie cardiovasculaire
 24, Route de l'OASIS, CASABLANCA.
 Tél: 0522 99 19 18 / 0611 71694

264, شارع ابراهيم الروداني اتجاه طريق الجديدة، زنقة أكسياس - إقامة الوفاق - الطابق الاول، الشقة رقم 18 - المعاريف - الدار البيضاء
 الهاتف: 05 22 99 19 18 - المستعجلات: 06 61 21 48 96 - البريد الإلكتروني: drferhisamar@gmail.com

264, Bd. Brahim Roudani vers route d'El Jadida, rue des Acacias (en face de kitea) - Résidence El Wifak - 1^{er} Etage, Appt. n°18 - Maarif - Casablanca

Tél/Fax: 05 22 99 19 18 - Urgences: 0661 21 48 96 - E-mail: drferhisamargmail.com

PPV

EXP:

LOT:

Ne pas utilisé c'e

246

09/2023

ET5381

PPV

EXP:

LOT:

Ne pas utilisé c'e

246

09/2023

ET5381

PPV

EXP:

LOT:

Ne pas utilisé c

246

09/2023

ET5381

LOT : 20E023
PER.: 06 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E009
PER.: 12 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E005
PER.: 12 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

