

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.

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

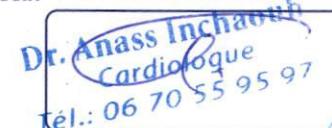
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	428	Société :	CASA	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : BABAA Dohamed				
Date de naissance : 15/11/1944				
Adresse : Hay oujda / Rue 12 N° 6				
Tél. :	06 71 51 85 66	Total des frais engagés :	1170.20	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/06/2012

Nom et prénom du malade : BABAA Dohamed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aménorrhée de l'ovaire de l'adulte

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 :

Le : 1/1/2012

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
23/06/2022	Actes	+ FLS	1000	Dr. Anass Inchah Cardiologue Tél.: 06 70 55 95 97

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL QUAI AK HAJ NASSER en Pharmacie El You - El Oujia Tel: 22 90 53 45 ANCA Ref: 68000037	23/06/22	924,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
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



المعهد المغربي للأمراض وجراحة القلب
Moroccan Heart Institute

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520
Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00
ICE : 00185909000033 - Patente : 34735457 - I.F: 14421718 - CNSS : 9697866

M. BABA Shand 23/6/99
(made 3 times)

35,70 x 3
1 - Metoprolol 100 mg 020 1

149,70 x 3
2 - Dipragat 50 mg 1 020 1

172,00 x 2
3 - Triplisant 500 mg 100 1

Total = 924,90

Moroccan Heart Institute
Dr D RAGRAoui

PHARMACIE AL OUDI
S. CHALAK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sba - El Oued
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
ICE : 001541468000057

Dr. Anass Inchaouh
Cardiologue
Tél.: 06 70 55 95 97



PER.:07 2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH7n



6 118001 081189

8001089B103001



6 "118001"130306
TRIPLEXAM-10

TRIPLIXAM 10mg/2,5ml

30 comprimés per
RRP : 184.00 DKK

PPV : 184,00 DH
Service Maroc - Casablanca

PER.: 07 2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

B.B.M. 17 BUR



6 118001 081189

PER.:07 2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B20

CHINESE



6 110001 00110

PLATE 149DHT
03/25
127

PPV 1490H70
PER 06/25
LDT 1-275

143DHT0
PPE
03/25
L. OT 11270

AMM nr.: 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103001



6 118001 130306

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mcg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca