

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

126702

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005662

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAROUA Q.V.I Date de naissance : 1956

Adresse : 6 T Rue 105 N° 6 OULFA

Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 407,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 : CASABLANCA Le : 08/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/8/2022	404,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

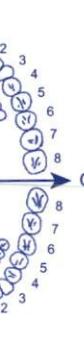
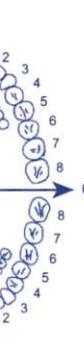
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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 Houda EL HADI

CARDIOLOGUE

Maladies du cœur et des vaisseaux
Diplômée des facultés de médecine de
Casablanca et Bordeaux II

Casablanca, le : 07/06/2022

M. MAATOUQUI Mohamed

Régime peu salé, diabétique

HYTACAND 16/12,5 mg : 1 comp. par jour

SYNTHEMEDIC
22 rue soukher bni al ouacem roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DVP 21/NRO P.P.V. 176,20 DH
6 118001 020898

BISOCARD 5 mg : 1 comp. par jour le matin

CARDIOASPIRINE 100mg : 1 comp. par jour au repas de midi

AMOVAS 5 mg : 1 comp. par jour le soir

CRESTOR 5 mg : 1 comp. par jour

Maphar
Bd Alkimi N° 6, Cl,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH
6 118001 183104

Traitements de 3 mois

176,20

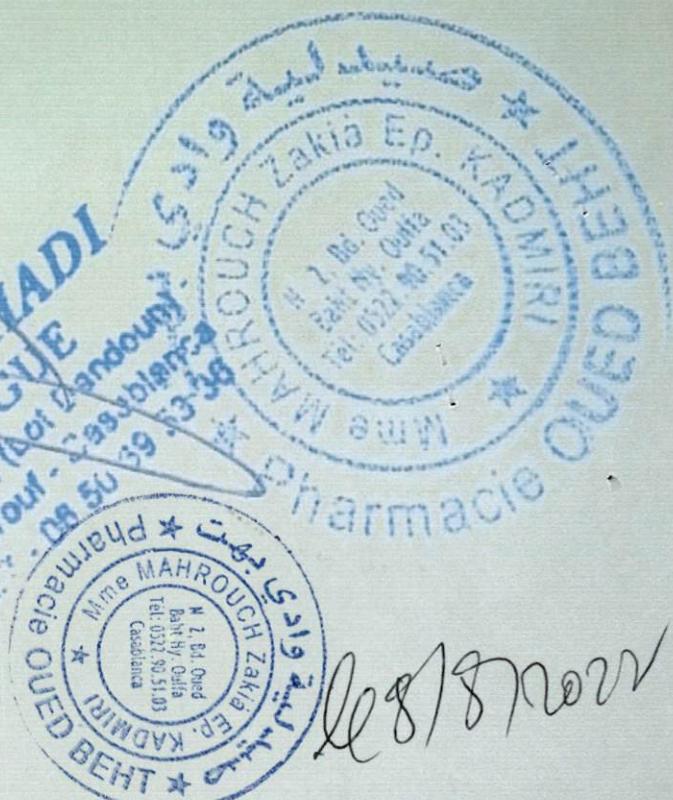
39,90 | /

49,40 | /

114,10

407,30

Dr. Houda EL HADI
159. Bd Sidi Maarouf (lot Dandoun)
1er Etage Sidi Maarouf - Casablanca
Tel: 0522 55 46 55 - 0522 59 53 36



adresse : N° 159 Bd Sidi Maarouf (lot Dandoun), Sidi Maarouf, 1 er étage, CP
Casablanca

Tel: 0522584857 Urgences : 0650695336 - Email : dr.elhadicardio@gmail.com



PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 08/08/2022

FACTURE N°700804

N° IGE : 000198418000024

N° IF : 40456596

MAATOUQUII MOHAMED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	AMOVAS 5MG 28CP	49,40	49,40		
1	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	27,70		
1	BISOCARD 5MG/30CPS	39,90	39,90		
1	HYTACAND 16 MG	176,20	176,20		
1	CRESTOR 5MG/28CP	114,10	114,10		



TOTAL T.T.C :

407,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Sept Dirhams et 30 centimes.