

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 canalaire, 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 canalaire.

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 données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Moh. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - F



Déclaration de Maladie

N° W21-718716

13/9/28

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1896	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAZZAL DRISSIA			
Date de naissance : 28/11/1953			
Adresse : Rés. Aerocity cité de l'air Im. 1 n° 10			
Tél. : 0675 364754 Total des frais engagés : 946,10 DH Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		Age: / /
Nom et prénom du malade :		<input type="checkbox"/> Conjoint
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		<input type="checkbox"/> 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/9/28

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. Bouchard Hospice de Bayeux 022150001	10/08/22	946,10

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



- Laureate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Bordeaux - Liège Belgique
- Diplômée en Echo-doppler à l'université Bordeaux II
- Diplômée en Exploration du système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بدار البيضاء
- طبيبة مستشفى الشيخ خليفة بدار البيضاء
- طبيبة داخلة ساقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد بدار البيضاء
- بوردو فرنسا / لينين بلجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي اللارادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le :

6/6/2022

142,70 x 3

1)

Corogl 10



1 - 0 - 0 - 7 3m

157,10 x 3

2)

Rosuna 10



149,10 x 3

Zylopic 100



1 - 0 - 0 .

46,70

546,10

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249, Rés. El Mansour, 1er Etg, Appt. N°1
Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 16 70

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

عدم توقف الوصفة حتى الموعد المسبق

249، إقامة المنصور الطابق الأول، رقم 1 شارع اليعقوب المنصور - الدار البيضاء
249, Résidence El Mansour, 1er étage Appt N°1 Bd Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél. : 05 22 39 76 70 - 06 69 16 79 04 - E-mail : Ichraqnassiri1@gmail.com

142,70

142,70

142,70

PHARMACIE NASSIRI
Dr. Rachid Nassiri Communal
1515 Biou Biou 024 93 28 11

100 ملغ

زيلاوريك®

ألوبورينول

100 قرصاً

عن طريق الفم

LOT 212955
EXP 11 2025
PPV 46.70 DH

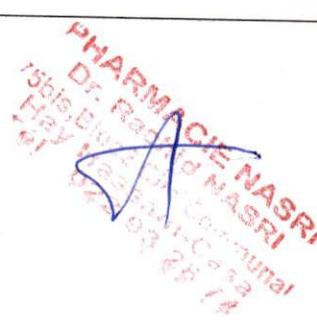
PHARMACIE NASRI
DR NASRI RACHID
75 BIS, BLOC 2 CITE COMMUNAL HAY HASSANI
CASABLANCA

10/09/2022

Tél : 0522932874

Mme ghazal drissia

ICE : 092044965



FACTURE N° : 24345 du 10/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	COVERSYL 10MG/ 30 CPS	142,70	428,10	0%
3	ROSUVA 10MG/30CPS	157,10	471,30	20%
1	ZYLORIC 100*100 COMP	46,70	46,70	7%
Total TTC				946,10

Arrêtée la présente facture à la somme de :
NEUF CENT QUARANTE SIX DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	428,10	0,00	428,10
20.00%	20,00	392,75	78,55	471,30
7.00%	7,00	43,64	3,06	46,70
864,49		81,61	946,10	

CNSS : 6608048
Compte :

I.C.E : 000500089000094
Patente : 35012344

INPE:092044965
R.C : 314170

I.F : 51456062

valable 3 mois

Le ..06..06.2012

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Cherif Drissia

Présente hypertension artérielle + obésité + dyslipidémie

Nécessitant un traitement d'une durée de : longue durée IEC + statine (chaque 30

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) Coversyl 10 mg + Rosuvastatin

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca