

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.

N° W19-457668

*MUPRAS
RECEPTION*

A 37843

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1547*

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EL GHAZI MUSTAPHA*

Date de naissance :

01/01/1955

Adresse : *T1 B1 Al Nafs - Hay My Abdellah - casablanca*

Tél. : *06 68487747*

Total des frais engagés : *13.42 DHS*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *17/10/2022*

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.

Dr. Khatib Mohamed
Thérapiste

Le : *20/10/2022*

Hassan

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
17/10/22	CS + ETC	1250,00		INP : 1061198619 Dr. KHADRE MOHAMED FOUND CARTIOLOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ILYAS ZINBB	17-10-22	1092,60
Pharmacie le Grand Boulevard		
Le 045 Lot N°22000 Deirechou		
Tel: 05 22 03 59 59		
PE: 062105036		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

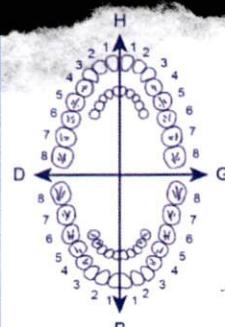
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

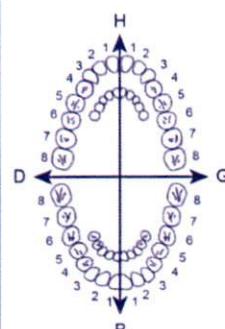
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRA

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فخر القلب التدخل

أخصائي أمراض القلب والشرايين

فرع كلية الطب بالطرابيشة

طبيب سارق بمستشفى الشيف خالدة بالطرابيشة

طبيب سارق بمستشفى لوكشيند بالمانينا

حاصل على شهادة الفحص بالصداق من جامعة بروجور بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE **17 octobre 2022**

Mr. EL GHAZI MUSTAPHA

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ APROVEL 150MG

23,8x6 1 Cp/J matin a jeun

3/ ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

Traitement pendant : 6 Mois

1092,60



Dr. IMANE ZINEB
Société Pharmacie le Grand Boulevard
Lot 3451 - 105036 Berrechid
Tél: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11-Bd Med V. 105036 Bureau N°10 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33 - En cas d'urgence : 0661 85 14 80

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28

P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28

P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28

P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28

P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28

P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28

P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

DR. IMANE ZINEB
Spécialiste le Grand Boulevard
Dr. Imane Zineb
Tel: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036