

# 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.
- Le 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Pôle 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 personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

N° W21-767973

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 02189	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MAAATOUQUI Mohamed
Nom & Prénom : MAAATOUQUI Mohamed			
Date de naissance : 1956			
Adresse : G. T. Du 105 N° 6 ALFA CASABLANCA			
Télé. : 0664022720	Total des frais engagés : 673,2 Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

**Dr. Houda EL HADI**  
**CARDIOLOGUE**  
 159, Bd Sidi Maârouf, (Lot Dandoun)  
 1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca  
 Tel: 0522 58 48 57 - 05 50 69 33 36

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2022

Nom et prénom du malade : MAAATOUQUI Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA - DM - ATOL - Coronaropathie

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 : 03/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
02-12-2022	G + ECG 250Jh		NP 091026708	<i>Dr Houda EL HADI CARDIOLOGUE 158, Bd Sidi Maârouf, (Lé Dandoune) 1er Etage, Sidi Maârouf Casablanca Tél: 0522 58 48 57 - 0520 50 69 53 36</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 N° 2, Bé Quaid Beld. Hy. Oulfa Tel: 0522 90 51 03 Casablanca	02/12/2022	423.20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

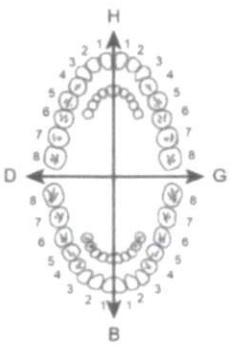
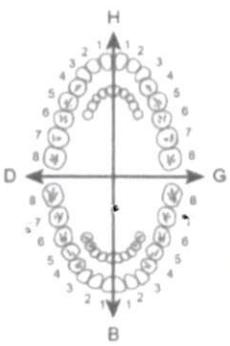
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important:**

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	INP : [ ]															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]															
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">—————</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	—————			B	00000000	00000000	35533411		11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
—————																			
B	00000000	00000000																	
35533411		11433553																	
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																			

# Docteur Houda EL HADI

CARDIOLOGUE

Maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômée des facultés de médecine de  
Casablanca et Bordeaux II

Casablanca, le : 02/12/2022

## M. MAATOUQUI Mohamed

Régime peu salé, diabétique

ATACAND 16 mg : 1 comp. par jour le matin

165,50

BISOCARD 5 mg : 1/2 comp. par jour le matin

39,90

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

27,70

OROVASC 10 mg : 1 comp. par jour le soir

76,00

CRESTOR 5 mg : 1 comp. par jour au dîner

114,10

423,20

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

raitemen de 3 mois

39,90

76,00

Houda EL HADI  
CARDIOLOGUE  
105 Bd Sidi Maarouf, (lot Dandoun)  
1er Etage, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 58 48 57 - 06 50 59 53 36

Cardioaspirine 100mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.



SYNTHEMEDIC

22 rue soukher bni al aquam roches  
noires casablanca

ATACAND

16 mg  
Bte de 30

140/16 DMP/21/NRQ P.P.V:165,50 DH

6 118001 020546

59 Bd Sidi Maarouf (lot Dandoun), Sidi Maarouf, 1 er étage, CP 20520,  
Casablanca



84857 Urgences : 0650695336 - Email : dr.elhadicardio@gmail.com