

# 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

- 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 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 : 4885

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MABROUKI ABDELNABEI

ALYAG92

Date de naissance : 04-03-1954

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 602.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/2013

Nom et prénom du malade : MABROUKI Abdennabi Age : 68

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ALD

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 : FEZ Le : 18/01/2013

Signature de l'adhérent(e) : Abdennabi Mabrouki

#### **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
18/11/23	CS		300DA.	
				Code IMP 1119383

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
18/1/83	22,80	 05.35 1983

#### **ANALYSES - RADIographies**

AUXILIAIRES MEDICAUX

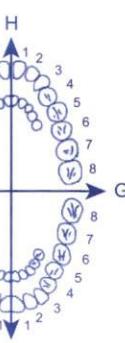
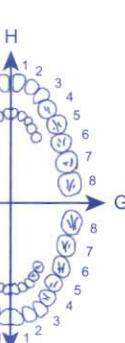
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Check up Cardiaque  
Électrocardiogramme  
Echographie Doppler Cardiaque  
Echographie Doppler vasculaire  
Echographie des Troncs Supra Aortiques  
Holter ECG  
Holter Tensionnel  
Epreuve d'effort



**الدكتور محمد المرنسي**  
أخصائي في أمراض القلب والشرايين  
الفحوصات الوقائية و التطوعية للقلب  
التخطيط الكهربائي للقلب  
فحص القلب والشرايين بالموجات فوق الصوتية  
تخطيط القلب على المدى الطويل  
قياس ضغط الدم على المدى الطويل  
اختبار الجهد

Fès, le : 18/01/2023  
Mr MABROUKI ABDENNBI

LOT KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
PER.10/2024  
6 118001 081189

LOT KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
PER.10/2024  
6 118001 081189

LOT KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
PER.10/2024  
6 118001 081189

LOT KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
PER.10/2024  
6 118001 081189

142,80

(35,70 X 4)

KARDEGIC 160 MG

1 sachet/j au milieu du déjeuner

LANPROL 30

1GEL /J MATIN



( - Traitement de 9 mois - )



160,00

302,80 H)

( 8000 X 8 )

**Dr. MERNISSI Mohammed**  
**Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires**

Check up Cardiaque  
Électrocardiogramme  
Echographie Doppler Cardiaque  
Echographie Doppler vasculaire  
Echographie des Troncs Supra Aortiques  
Holter ECG  
Holter Tensionnel  
Epreuve d'effort



**الدكتور محمد المرنسي**  
**أخصائي في أمراض القلب والشرايين**  
الفحوصات الوقائية والتطوعية للقلب  
التخطيط الكهربائي للقلب  
فحص القلب والشرايين بالموجات فوق الصوتية  
تخطيط القلب على المدى الطويل  
قياس ضغط الدم على المدى الطويل  
اختبار الجهد

FES LE : 18/01/2023

Client : Mr MABROUKI ABDENNBI

Code INPE  
141193698

**Note d'honoraire**

Désignation	Montant
CONSULTATION	300,00
Total Honoraires en MAD	300,00



برول 30 مع

لانزوبرازول

LANPROL® 30 mg  
28 gélules



6 118000 051039

برشامات 28  
مقاومة للعصارة المعدية

LOT: 346  
PER: NOV 2024  
PPV: 80 DH 00



محمد الصيدلية