

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.

N° W21-808001

A 67354

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
6321

Matricule : **6321** Société : **Royal Air Maroc**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **SABRI HOLLALI**

Date de naissance : **7/11/1960**

Adresse : **12322 lot EL MAFAC H
Tanger**

Tél. : **06 02 56 1881** Total des frais engagés : **250 + 938** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **28/06/2018**

Nom et prénom du malade : **MR SABRI HOLLALI**

Age : **58**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **AVCI**

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 : **El Jadida**

Le : **22/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

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
22-06 2023	CS+EC6		250,00	INPE : 06 20 74 810 Dr. EL MOURID DENTISTE INSTITUT DE CHIRURGIE ORTHODONTIQUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.06.23	250,00

ANALYSES - RADIographies

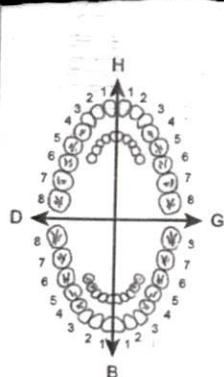
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

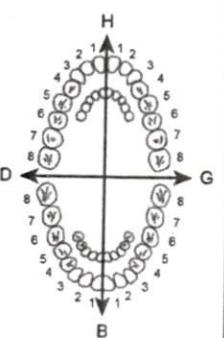
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES FRAIS	MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



الدكتورة المريد مني

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية بباريس

طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

الفحص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي ونفاث القلب على المدى الطويل . تحفيظ الجهد

ORDONNANCE

22 juin 2023

Mr. SABRI Mohamed

35.7€ x 3

1/ KARDEGIC 160 MG Poudre pour solution buvable

1 sachet à midi

208.00€ x 3

2/ COVERAM 5MG/5MG 5 / 5 MG / MG COMPRIME

1 cp le matin

79.00€ x 2

3/ BIPROL 2.5 MG

1/2 cp le matin

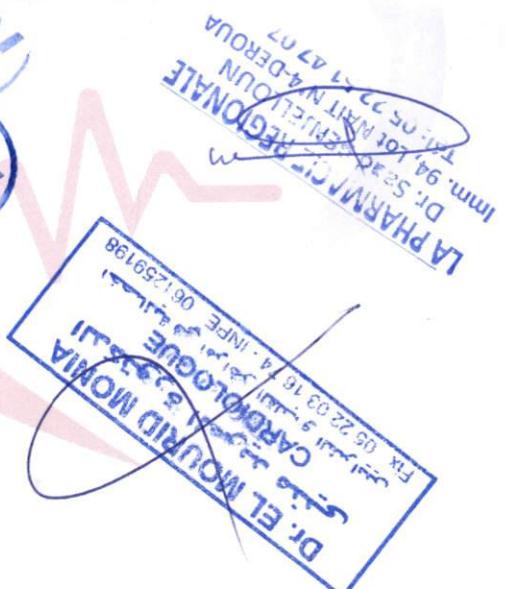
57.80€ x 3

4/ COSTAL 10 MG

1cp/j le soir

Traitement pendant : 3 Mois

078.56



تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول - الدروة

Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

05 22 03 16 74 Urgences : 06 60 62 70 07 cabinet.drelmourid@gmail.com

LOT : 221779
EXP : 11/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 221779
EXP : 11/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 221193
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

208,00 208,00

208,00

OMG
0
70
001 081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V:35DH70

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V:35DH70

6 118001 081189
PER-10-2024

37,00

37,00