

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.

M22- 0041523

186002

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02601 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M'BIRKOU Mohamed-Naji

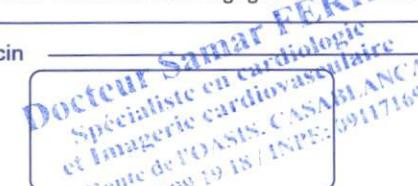
Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 COURS DES SPORTS

Télé : 0662 512154 Total des frais engagés : 1087.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2023

Nom et prénom du malade : M'BIRKOU Mohamed-Naji Age : 86

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : MUPRAS

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 : 19/09/2023

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
19/19/93	C		300,00	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMACEUTIQUE angle Bd Terra et Courroux Ferme Lyon 7 ^e	19 sept. 2023	787,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

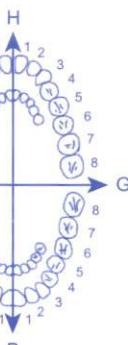
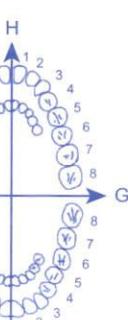
AUXILIAIRES MEDICAUX

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: 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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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														
				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

Docteur Samar FERHI
Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux



الدكتورة سمر فرحي
طبيبة اختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين

Ancien interne du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée de l'Université de Médecine de Rabat
Diplôme d'échocardiographie Doppler
de l'Université de Bordeaux

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط
خريجة كلية الطب بالرباط والشخص بالصدى
بوردو

19 septembre 2023
Casablanca, le الدار البيضاء، في

Mr. MBIRKOU Mohamed Naji

~~19/10~~ AMEP 5mg, Comprimé

1 cp/j le soir , pendant 3 Mois



~~22/10~~ ASKARDIL 75 MG

1 cp/j à midi au milieu du repas , pendant 3 Mois



~~7/10~~ CARDENSIEL 1.25

1 cp / jour, pendant 3 Mois



~~1/10~~ LDNOR 10 MG

1cp le soir, pendant 3 Mois



~~EXTRAMAG NR~~

1 cpx2 par jour , pendant 3 Mois



~~10/10~~ D CURE 2400 UI (dose d'entretien)

2 gouttes /j au long cours en association avec le magnésium



~~13~~ A revoir dans 3 mois

~~787,50~~

Docteur Samar FERHI
Spécialiste en cardiologie
en cardiologie vasculaire
26 route de l'OASIS, CASABLANCA,
Tél: 0522 99 19 18 / INPE: 71694

PHARMACIE GHAFIRI

22, Angle Bd Terrains de Sport,
Rue Abourouss Ferme Bretonne
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

~~NR = Non Remboursable~~

264، شارع ابراهيم الروданى اتجاه طريق الجديدة، زنقة أكسياس - إقامة الوفاق - الطابق الاول، الشقة رقم 18 - المعاريف - الدار البيضاء
drferhisamar@gmail.com - البريد الإلكتروني: 06 61 21 48 96 - المستعجلات: 05 22 99 19 18 - الهاتف:

264, Bd. Brahim Roudani vers route d'El Jadida - rue des Acacias (en face de kitea) - Résidence El Wifa!, 1^{er} Etage, App. n°18 - Maarif - Casablanca

Tél/Fax:

05 22 99 19 18

Urgences:

0661 21 48 96

E-mail:

drferhisam@gmail.com

LOT 221039
EXP 07/2025
PPV 49.40DH

49,40

LOT 221039
EXP 07/2025
PPV 49.40DH

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPU 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPU 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPU 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

LOT : 230055
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

LOT : 230055
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

LOT : 230055
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

Lot n° :
EXP :
PPV :

55,10

Lot n° :
EXP :
PPV :

55,10

Lot n° :
EXP :
PPV :

55,10