

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0028392

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3554

Société : R.A.M. P. Comin

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUBAKR HEDOUSSI

Date de naissance : 01-01-52

Adresse : 27 - R. Mourad benou Jabal, Lot. Al Wahda Hay Mohammadi - Oujda

Tél. : 06 69 17 02 06 Total des frais engagés : 134,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr DRISSE K. Hassan
د. الدريسي الكسبي حسن
Cardiologue
Rue My Ahmed Lagrari, Im. Mounia 1er Et.
Tél. : 05 36 70 87 60 - Oujda
INPE : 141 147 041

Date de consultation : 10/08/2023

Nom et prénom du malade : ABOUBAKR HEDOUSSI

Age : 71 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Oujda

Le : 01/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
10-08-23		en	GT	Dr. DRISSI K. Hassan Cardiologue Rue My Ahmed Lagranj, Im. Mounia 8001 Tél. : 05 36 70 87 60 - OUJDA INPE : 141 147 041

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ANKASR Dr. en Pharmacie EL MEKKAOUEN Tél : 05 36 52 41 94 Rue Abou Bakr Essadak, Méd. 22 El Morramadi, lot El Wadai NPE 072006784	10/08/23	134,10 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

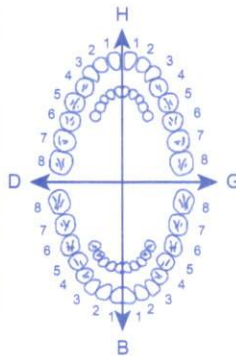
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

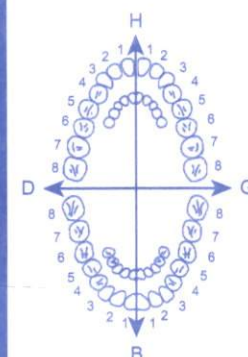
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hassan DRISSI KA

Spécialiste
des maladies cardio-vasculaires
Diplômé de la Faculté de Médecine de Fès
Diplôme d'Echocardiographie de
l'Université Victor Segalen de Bordeaux



الدكتور حسن الدريسي الكميلي

أخصائي
أمراض القلب و الأشرافين
خريج كلية الطب بفاس
شهادة جامعية
دبلوم إكوكرافية القلب بجامعة
Victor Segalen

D.M. 199-0028392

PPM au verso

, le : 10/08/2023

Ordonnance

M. MEJDOUBI Aboubaker

3x (44,70)

IRVEL 75mg, Comp. : 1 comp. par jour le matin

*** QSP 03MOIS ***



Docteur Hassan DRISSI KAMILI

134,10

Dr. Hassan DRISSI K.
الدريسي الكميلي
Cardiologue
Rue My Ahmed Lagrari, Imm. Mounia 1er Et
Tel. : 05 36 70 87 60 - 05 36 70 87 60
NPE : 141 147 04



صيدلية القصر
Pharmacie AL K...
Dr. en Pharmacie
Tel : 05 36 52 44 94
Rue El Wanda, Rue Abou Bakr Esseda N° 66



141147041

Prochain Rendez-vous

شارع مولاي أحمد لكراري عمارة مونية الطابق الأول - وجدة Rue Mly Ahmed Lagrari, Imm Mounia 1er étage - OUJDA

05 36 70 87 60 06 39 13 56 57

IRVEL 75 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072539

IRVEL 75 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072539

IRVEL 75 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072539