

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

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

## Déclaration de Maladie

Nº P19-0026732

ND: 29/02

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1761 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Rachid

Nom & Prénom : BouMEDIANE Mohammed

Date de naissance : 28.03.53

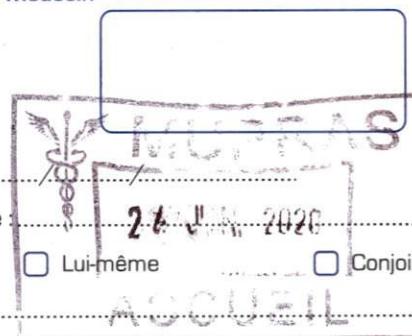
Adresse : LOT 115 ALAYNOU LISSASFA

CASABLANCA

Tél. : 0671633050 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... Age: .....

Nom et prénom du malade : 26 JUN 2020 Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

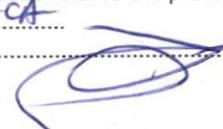
Nature de la maladie : ACCUEIL

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 : CASABLANCA Le : 22/06/2020

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18 Juin 2020	20.82, 10 D.H ICE: 000489360000038

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

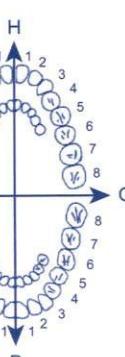
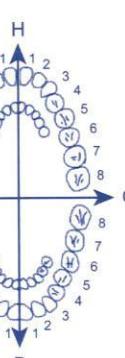
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

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 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EX

# PHARMACIE HAJ FATEH

صيغة الحاج فاتح

Docteur Meryem Tahri Joutei

Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa  
Casablanca - Tél./ Fax : 05 22 89 79 26  
E-mail : pharmaciehajfateh@hotmail.fr  
R.C : 277034 - Patente : 36209470

ICE: 000489360000038  
Casablanca le 18 Juin 2020 FACTURE N° 164 / 18-06-2020  
A l'Attention de M<sup>2</sup> BOUMEDIANE MOHAMMED

تجزئة الحاج فاتح رقم 520  
ليساسفة - البيضاء  
ص.ت: 277034 - البناية: 36209470



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 278,00 DH



5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 278,00 DH



5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Coplavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 278,00 DH



5 118001 082018

جوفيرام

ملع ٥ ملخ ٥

بیر اندوبریل ارجنین / املاودیین

٥٥

حبة 30



٢٠٨١٩٦

valable 3 mois

Le ..04/12.. /20.19

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

D<sup>r</sup> ASKOUR MERYEM

Certifie que Mlle, Mme M. :

BOUNEDDIANE MOHAMED

Présente Accident ischémiques transitoires à Reperfusions + HTA grade II

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

CALERANT 5/5 || GOLAVIX

(à défaut noter le traitement prescrit)

D<sup>r</sup>. ASKOUR Meryem  
Spécialiste des Maladies  
Cardio-Vasculaires  
L'Assurance vous  
adresse à :  
Rue Ben Abdellah n° 7  
Bab El Oued Oujda  
Appt 3  
Tél: 0522 22 78 18

D<sup>r</sup>. ASKOUR Meryem  
Spécialiste des Maladies  
Cardio-Vasculaires  
L'Assurance vous  
adresse à :  
Rue Ben Abdellah n° 7  
Bab El Oued Oujda  
Tél: 0522 22 78 18



Dr ASKOUR Meryem  
Spécialiste des Maladies  
Cardio - Vasculaires  
Soutien à l'Anatomie et à la Physiologie  
Médecine générale et Cardiologie

TOTAL = 254314000

III Guru

248100 \* 6 = 1668100  
DPLMAX : 1473 mard.

DVERSYL Sing : 1473 mard.

245190 \* 6 = 825140

BLOMÉDIANE MOHAMMED

04/12/19  
Cas clinique

جامعة محمد السادس  
جامعة محمد السادس  
جامعة محمد السادس

Holter tensionnel - Epreuve d'effort  
Echodoppler Cardiaque - Holter ECG  
Ancienne intérne du CHRU de Lille  
DU de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique  
Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

Docteur ASKOUR Meryem

# Docteur ASKOUR Meryem

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires  
DU de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique  
Ancienne interne du CHRU de Lille  
Echocardiographie - Holter ECG  
Holter tensionnel - Epreuve d'effort

الدكتورة مريم أسكور

اختصاصية أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب ليل بفرنسا

Casablanca le :

08 / 01 / 2020

Mr Bounemiane MOHAMMED

208,00 x 2

لـ ٢٠٨

COVERAM 5/5 : ICPJ matin

III Gmat

T = 416,00 DH

08 Janv 2020



Dr ASKOUR Meryem  
Spécialiste des Maladies  
Cardio-Vasculaires  
Boulevard Laymoun Lotissement Youssra  
Bât N° 7 Résidence Ryad Garden Immeuble N° 2  
Appt 3 1er étage Où: 05 22 98 50 98 - GSM: 06 94 67 20 41 - E-mail: meryemaskour@gmail.com