

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-489397

145889

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

297

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

M ABTY - MOHAMED

Date de naissance :

09 - 05 - 1952

Adresse :

Hassuelle

Tél. :

0522906797

Total des frais engagés :

131,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

02 JAN. 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HJB, DDU, Diabète

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 : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

N. ABTY

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
02/04/2023	C + ETC	2	300.00	INP : 191130782 Docteur SOUALY, M Cardiologue angle Rte. d'Azeffoun & Md. Sidi Abderrahmane 03.02.2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RHARMACIE SALAH EDDINE Mme HASSEN Selma Docteur en Pharmacie 56, Bd Oued Sbou Oulta ablanca Tel 05 22 99 50 06	02/01/2023	10.11.40
		NPE 082051552

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	INP : <input type="text"/>																
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
G																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
				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 M. SOUALY
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG

الدكتورة م. اسوالي
اختصاصية في أمراض القلب

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 01788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Casablanca, le

02 JAN. 2023

M → MARTY FATHIA.

7200 X 2

- Detenseur f

100 16

2300 X 4

- cabileg

1600 12

2770 X 9

- Cardiovasculaire

(-5)

- TORVIL 100 g

100 g

1

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

Traitement de l'urt

1011,40

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

الدكتورة اسوالي
Doctor SOUALY

Cardiologue
Rte. d'Azemmou & Bd. Sidi Abd
Communal N°10 - 1er Etage H
Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

Sur Rendez-vous

6 118001 090280

Angle Bd Abdelhadi Ben Badis & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

باتو