

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014099

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2609 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AMMARI OMAR

Date de naissance : 18/12/1956

Adresse : N° 85 Rue 07 AZHARI 2 OULFA

CASA BLAUCA

Tél. : 0665 093703 Total des frais engagés : 2098,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/01/2023

Nom et prénom du malade : AMMARI OMAR. Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASA Le : 15/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Hadid - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
10/11/23	ECG ECG		2000 1000	Dr. Mehdi BACHAR CARDIOLOGUE Rue 2, N° 61 - 1er Etage BP Chahdia - El Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 79 INPE: 91170670

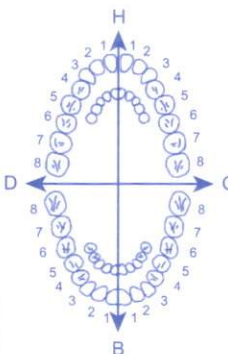
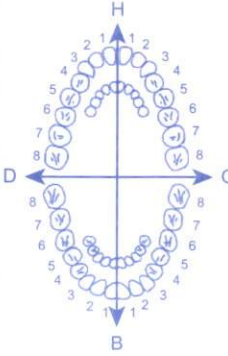
[illegible][illegible][illegible]

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 <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 border="1" style="margin: auto; width: 80%;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D 00000000</td> <td style="text-align: left;">G 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D 00000000	G 00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

Casablanca, le : 19/01/2023

Nom et Prénom :

AMMARI Omar

LOT : 030
PER : DEC 2023
PPV : 140 DH 00

LOT : 033
PER : AVR 2024
PPV : 140 DH 00

LOT : 030
PER : DEC 2023
PPV : 140 DH 00

LOT : 034
PER : JUL 2024
PPV : 140 DH 00

LOT : 034
PER : JUL 2024
PPV : 140 DH 00

LOT : 023
PER : FEV 2023
PPV : 140 DH 00

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

140.00x6

VALPHI 160

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

43.00x6

INIKAL 5

1 comprimé, matin et soir, pendant 6 mois

146.00x6

LIPANTHYL 160

1 compri

1798.00

PHARMACIE LE P
Mme. Houda KI
55/57, Rue 77 AZHA
El Oulfa - CASAB
Tél. : 022.93.76.80

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

608070A

608070A

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL* 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL* 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL* 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

drmehdibenjelloun@gmail.com - البريد الإلكتروني - 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - الهاتف - الدار البيضاء - الألف

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

ID:
D-naiss:
ans,

19-Jan-2023 11:41:14 Fréq. Card.: 66 BPM
Axes P-R-T: 64 35 50 Int PR: 161ms
Dur.QRS: 94ms QT/QTc: 383/396ms

19-Jan-2023 11:41:14

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue N°61 - 1er Etage RP Chandra - El Oulfa
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE 91130670

Annahen
MAR

