

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0012603

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7761 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAQOUBI LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0613627614 Total des frais engagés : 549,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr SOURAT Abderrahim
Cardiologue Interventionnel
447, Avenue Med V - KENITRA
Tel: 05 37 37 60 60
INPE: 051130995

Date de consultation : 13-02-23

Nom et prénom du malade : Yaqoubi Latifa Age:

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

Nature de la maladie : H.P.A. - Hypertension Artérielle

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 : Kenitra Le : 13/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/11/11	549,92

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

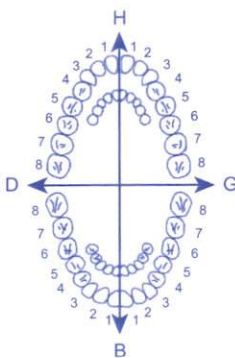
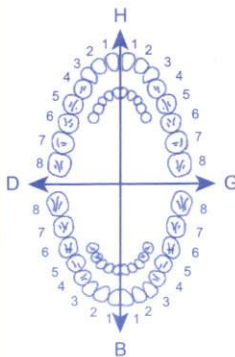
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur SOURAT Abderrahim

SPECIALISTE DES MALADIES
DU COEUR ET DES VAISSEAUX
CATHETERISEUR

Ex.Attaché au service de
Cardiologie CHU IBN SINA - RABAT



الدكتور سورات عبد الرحيم

إختصاصي في أمراض القلب والشرابين

إختصاصي في القسطرة

طبيب سابق بمصلحة القلب والشرابين

بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط

Sur Rendez-vous

بالميعاد

Kénitra, le.....

13 - 22 - 23

القنيطرة، في

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

Handwritten: 3

Handwritten: 633, 189, 97

Handwritten: TRAITEMENT

Handwritten: 2 4 6

Handwritten: 198,00

Handwritten: NO ACCIDENT

Handwritten: 1 4 6

Handwritten: 1000

Handwritten: R. ROUAEL

Handwritten: 1 4 6

Handwritten: 4000

Handwritten: PRENDRE

Handwritten: 2 4 6

Handwritten: 2000

Handwritten: R. ROUAEL

Handwritten: 1 4 6

Handwritten: 54597

AMORA
EP. TBER
Ben Tahbit
2010
Kénitra

Dr SOURAT Abderrahim
Cardiologue Interventeur
447, Avenue Mohamed V - KENITRA
Tél: 05 37 37 60 60
Fax: 05 37 37 60 60

447, شارع محمد الخامس, القنيطرة - الهاتف / الفاكس : العيادة : 05 37 37 60 60

447, Avenue Mohamed V - KENITRA - Tél. / Fax : Cabinet : 05 37 37 60 60 - E-mail : souratAbderrahim@gmail.com

LOT PVC: 198.00DH



C142
2024-05

REV. 2021/01/C

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

630H30

1000



LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

630H30

LOT
PER



LOT : 20E024
PER: 08/2023

BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00



6 118000 060567

LOT : 6623
UT. AV : 02-25
PPV : 20DH00

PHARMAS

630H30