

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

- Reclamation : 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

N° M21- 040997

152082
Autres

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3119 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALAOUI RACHID

Date de naissance : 11/01/57

Adresse :

Tél. : 0662088636 Total des frais engagés : 160,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/23

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI RACHID Age :

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

Nature de la maladie : HTA et USU

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 : 02/02/23 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Règlement des Actes
02-02-2022	Cg K16 Cf Cg		400bt	<i>[Signature]</i> Dr. Saïd S. JAWT Professeur de Cardiologie 356, Rue Mostafa El Masmoudi CASABLANCA 0952 2212 80522 28 12 28

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/13	1160 Fc

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

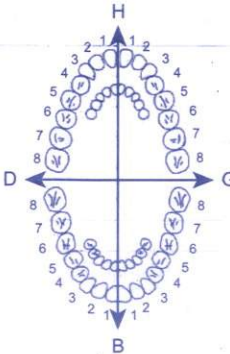
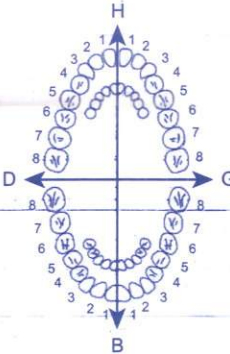
[illegible]

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 style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

02 FEB. 2023

Patient:

Casablanca, le

HACTURE factuel

100.70 x g

TAMBOLOF



86.80 x 1/2 1/2 1/2

PREDA 50



1/24 lebu

Corroaspié 100

1 ya uul

PHARMACIE DU GOLF D'ANF
LAHRICHI Nadia

5 C, Av d'Assa & Bd. de Bourgoen

Tél: 0522.39.74.58 - Casablanca

Tél: 0522.39.74.58 - Casablanca

Tél: 0522.39.74.58 - Casablanca

Tél: 0522.39.74.58 - Casablanca

Tél: 0522.39.74.58 - Casablanca

Tél: 0522.39.74.58 - Casablanca

Tél: 0522.39.74.58 - Casablanca

356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail: cabinet.soulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 00759076000067 - IPN: 091130922

LOT: 22141 PER: 10/2027
PPV: 100.70 DH

LOT: 22142 PER: 10/2027
PPV: 100.70 DH

LOT: 22034 PER: 03/2027
PPV: 100.70 DH

LOT: 22141 PER: 10/2027
PPV: 100.70 DH

PPV: 84DH80

PER: 06/25

LOT: L2316

PPV 82DH70

PER 10/25

LOT L3497

PPV 82DH70

PER 10/25

LOT L3497

LOT: 22141 PER: 10/2027
PPV: 100.70 DH

LOT: 22141 PER: 10/2027
PPV: 100.70 DH

LOT: 22141 PER: 10/2027
PPV: 100.70 DH

LOT: 22141 PER: 10/2027
PPV: 100.70 DH

LOT: 22141 PER: 10/2027
PPV: 100.70 DH