

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- N° 001278

156601

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3066 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MBTHED Khadye

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Driss AMRAOUI
Cardiologue
50, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 0522 20 67 55 - GSM : 0661 78 00 48

Date de consultation : 06/04/2023

Nom et prénom du malade : M. MBTHED Khadye Age: 65 ans

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

Nature de la maladie : H.T.A.

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 : 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 Paiement des Actes
06/03/23	221600	210017		Dr. Driss AMRAOUI Cardiologue 50, Rue des Hôpitaux - Casablanca Tél 0522 29 67 55 - GSM : 0661 78 90 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIEN Dr. EL H. ZAR Tél 0522 29 67 55 - GSM : 0661 78 90 48	06 04 23	216,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

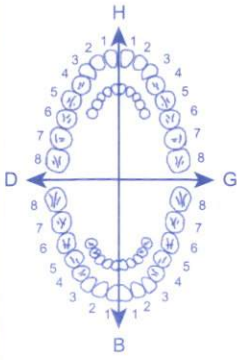
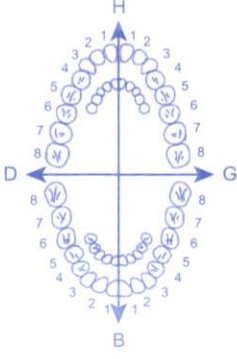
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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												
															
<div> <div>Coefficient des Travaux</div> <input type="text"/> </div>															
<div> <div>Montants des Soins</div> <input type="text"/> </div>															
<div> <div>Debut d'Execution</div> <input type="text"/> </div>															
<div> <div>Fin d'Execution</div> <input type="text"/> </div>															
<div> <div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div>  </div>		<div> <div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> </div>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
<div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>		<div> <div>Coefficient des Travaux</div> <input type="text"/> </div>													
		<div> <div>Montants des Soins</div> <input type="text"/> </div>													
		<div> <div>Date du Devis</div> <input type="text"/> </div>													
		<div> <div>Date de l'Execution</div> <input type="text"/> </div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AMRAOUI Driss

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Lille (France)

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 06.04.23

الدار البيضاء في

Dr. MESKES Khadja

Dr. Driss

3x72,00
= 216,00

x 3 mois

PHARMACIE NASSER
Dr. H. ZARHLOULE
50, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 28 02 26

Dr. Driss AMRAOUI
Cardiologue
50, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 29 67 55 - GSM 0661 78 90 48

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculaires sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculaires sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

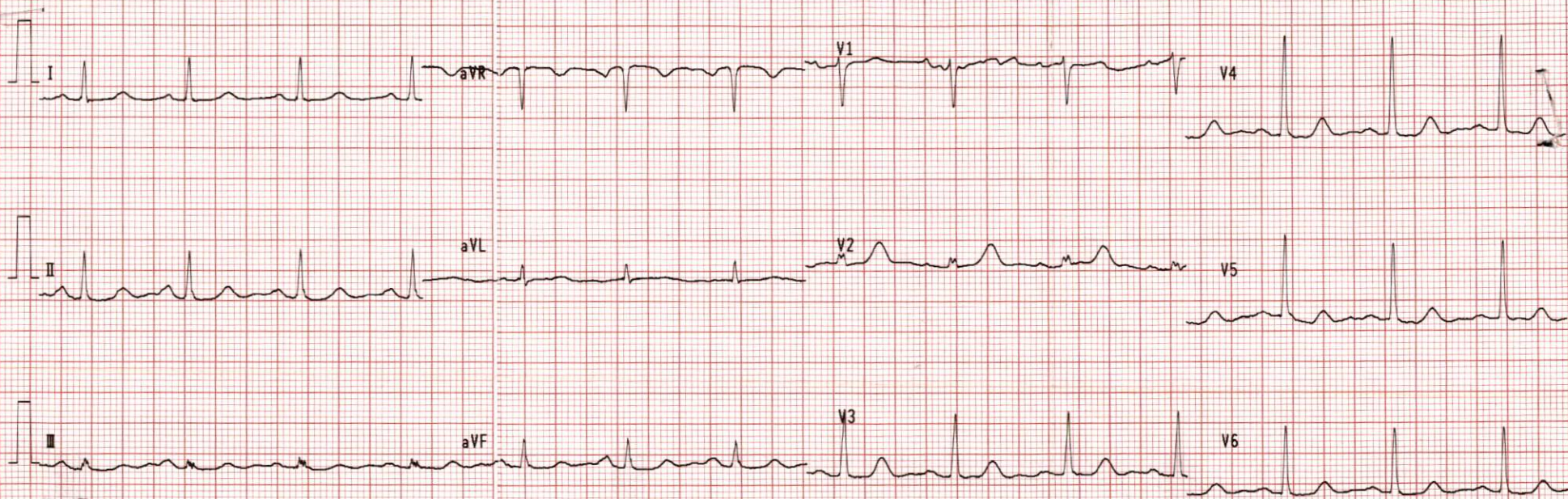
DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculaires sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

AVR. 6, 2023 14:38:42

ID =

AGE/SEXE = /

NOM =



HF, DFs

Dr AMRAOUI DRISS

[KenzC601H V-3.10]