

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-791577

157480



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 293	Société : RAN RETRAITE		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZIZ ALLAL			
Date de naissance : 1932			
Adresse : N° 56 Rue NEK ELLE HAY ARRABA CASAB			
Tél. : Total des frais engagés : 111114 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR M. MOHAMED CHAMI CARDIOLOGUE (U.I.B) N°17, Place Charles Nicolle Casab - Tél : 05 22 48 44 01 GSM : 06 61 45 08 06 </div>			
Date de consultation : 08/04/2023			
Nom et prénom du malade : 17 AZIZ N BARKA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MTA			
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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 08/04/2023

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
01/01/2014	Consultation	30000	30000	INP : 090000099 Immed CHAMIS AGUE (U.L.B) TRES Nicole 18 44 01 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	N° de Facture Montant de la Facture
PHARMACIE AHMED ALI 12, rue EL JOURAID Marouf 0522 07 32 88 Fax: 06 61 60 54	08/04/23	811,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

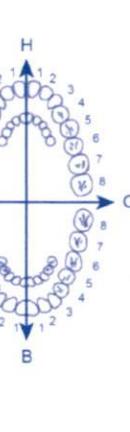
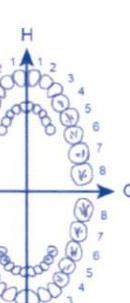
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardio-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed
CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص و استشارة
أمراض القلب و الشرايين

دكتور الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

مكتب المطبوعات

8/9/03

Casablanca, le...

N°- Anja Abarka

(11/11/03) 23)

1) Diprivan 1.5 ml/1.5

1.5

14/11/03

1.5

2) Nebilet 5 ml 14/11/03 →

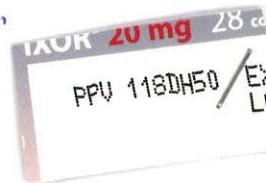
118,0

3) Ixora 14/11/03 3 ml

1.5

1.5

$\tau = 81,40$



Dr. Mohammed CHAMI
CARDIOLOGUE (U.L.B)
N°17 Place Charles Nicolle
Casa - Tel : 05 22 48 44 01
GSM : 06 61 45 08 06

PHARMACIE AHMED ALI

SARL AU
Dr. A. EL JOURDAI
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 97 32 16
GSM : 06 61 60 54 68

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 87DH50

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 87DH50

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 87DH50

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 87DH50

V140977/01

ECG

NOM: ID: Sexe: Age: Date: 8-4-2023

25.0mm/s 5.0mm/mv

56
106863
94964
92866
89669
86469
86863
94568
87965
91169
868

DI

DII

DIII

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Filtre Principal On Filtre ADS On