

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

- 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° 003425

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAÏSSA Ahmed

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : hab. tuelle

Tél. : 06 71 92 70 04 Total des frais engagés : 2779 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/09/2023

Nom et prénom du malade : Mr. BENAÏSSA AHMED

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

Nature de la maladie : Maladie chronique ALC

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le 15/09/2023

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
15/09/23	Consultation	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09/23	2779,70

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 :

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

15/09/2022

M. BEVAISSA Ahmed

48,00 x 3

1. Eliquis Surg



98,90 x 3 - 0 - 1

2. Ambr 10



140,00 x 1 - 0 - 0
99,00 x 1 - 0 - 0

3. odes 20



1 - 0 - 0

3 mois
2779,70

Dr. TAOUfik LOUHICHI
Cardiologue
Rythmologie Interventive
INPE : 91026906
Tél: 0661 40 34 67

Pharmacie Morsad
92, Bd. Bordj Boujeir, Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

Eliquis® 5 mg
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 171255
Laboratoires
Pfizer S.A.

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 171255
Laboratoires
Pfizer S.A.

Eliquis® 5 mg
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 171255
Laboratoires
Pfizer S.A.

UT.AV : 02 26 93 93
LOT N° : HC 2098 98,90

UT.AV : 02 26 93 90
LOT N° : HC 2098 98,90

UT.AV : 04 26 93 90
LOT N° : HF 2478 98,90

PPV (DH) : LOT N° : UT.AV :

LOT: 220837
PER: 11-2024
PPV: 140.00DH

LOT 211262
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

MOAT au
2024-04-04
10:00:00
10:00:00
10:00:00

15-Sep-2023 10:21:05

D-nas
ans

Fréq. Card. 65 BPM
Int PR * ms
Dur. QRS 92 ms
QT/QTc 351/362 ms
Axes P-R-T * 7 30

FIBRILLATION AURICULAIRE

ECG DE RYTHME ANORMAL

INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE

Revu par -----

M. BENAISSA

TAOUFIK LOTABAL
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
INPE : 91025807
Tél : 0661 40 34 43

