

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° 003425

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2579 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENAISSA Ahmed

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : hab. tuelle

Tél. : 06.71.92.70.04 Total des frais engagés : 3729.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.09.2023 Nom et prénom du malade : Mr. BENAISSA AHMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie connue. ACP.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

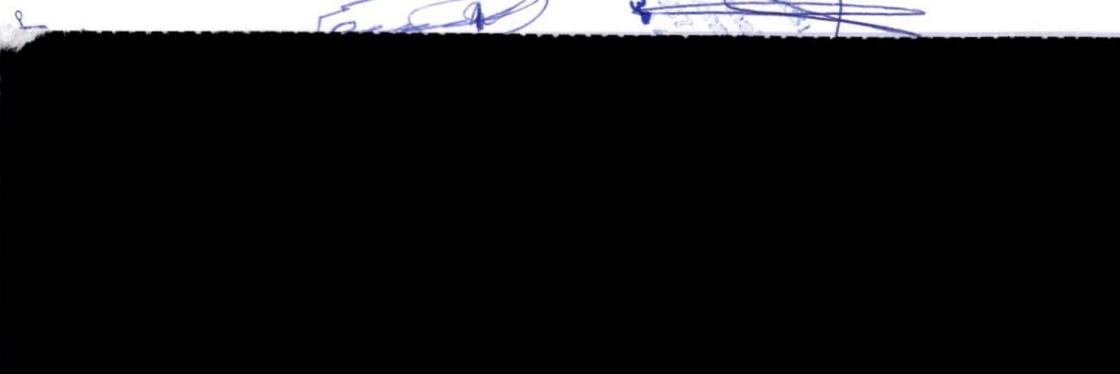
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2023

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 indiqués sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 15.09.2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

CLINIQUE D'EXÉCUTION DES ORDONNANCES	Date	Montant de la Facture
Demande du Pharmacien du Fournisseur 532, Bd Télé: Pharmacie Mopsof 33, Lot. Bouchra Route 100 Maârouf Casablanca 0522 32 19 29	15/09/23	2779,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

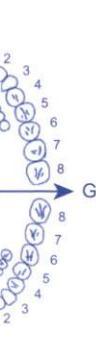
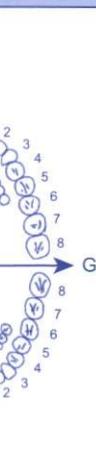
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

15/09/2023

M. BEAÏSSA Ahmed

448,00 x 3

1. Eliquis 5mg



98,90 x 3 - 0 - 1

2. Ambor 10 :



110,00
99,00

3. Oedex 20



1 - 0 - 0 ,

T =

2779,70

Pharmacie Morsad
93 Cor Bouchier Casablanca
Tél: 0522 321929

3 mois

Dr. TAOUI
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
Rythmologie Interventionnelle
INPE : 91 02 00 04
Tél: 0661 40 34 47

Eliquis® 5 mg

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

Eliquis® 5 mg

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

Eliquis® 5 mg

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

UT.AV : 02 26

P.P.V. :

LOT N° : HC 2098

98,90

UT.AV :

P.P.V. :

LOT N° : HC 2098

98,90

UT.AV :

P.P.V. :

LOT N° : HF 2478

98,90

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 220837
PER : 11-2024
PPV : 140,00 DH

LOT 211262
EXP 04/2024
PPV 99.00 DH

PHARMACIE
CENTRALE DE LA MAISON DE SANTÉ
DU HAMMAMET

15-Sep-2023 10:21:05

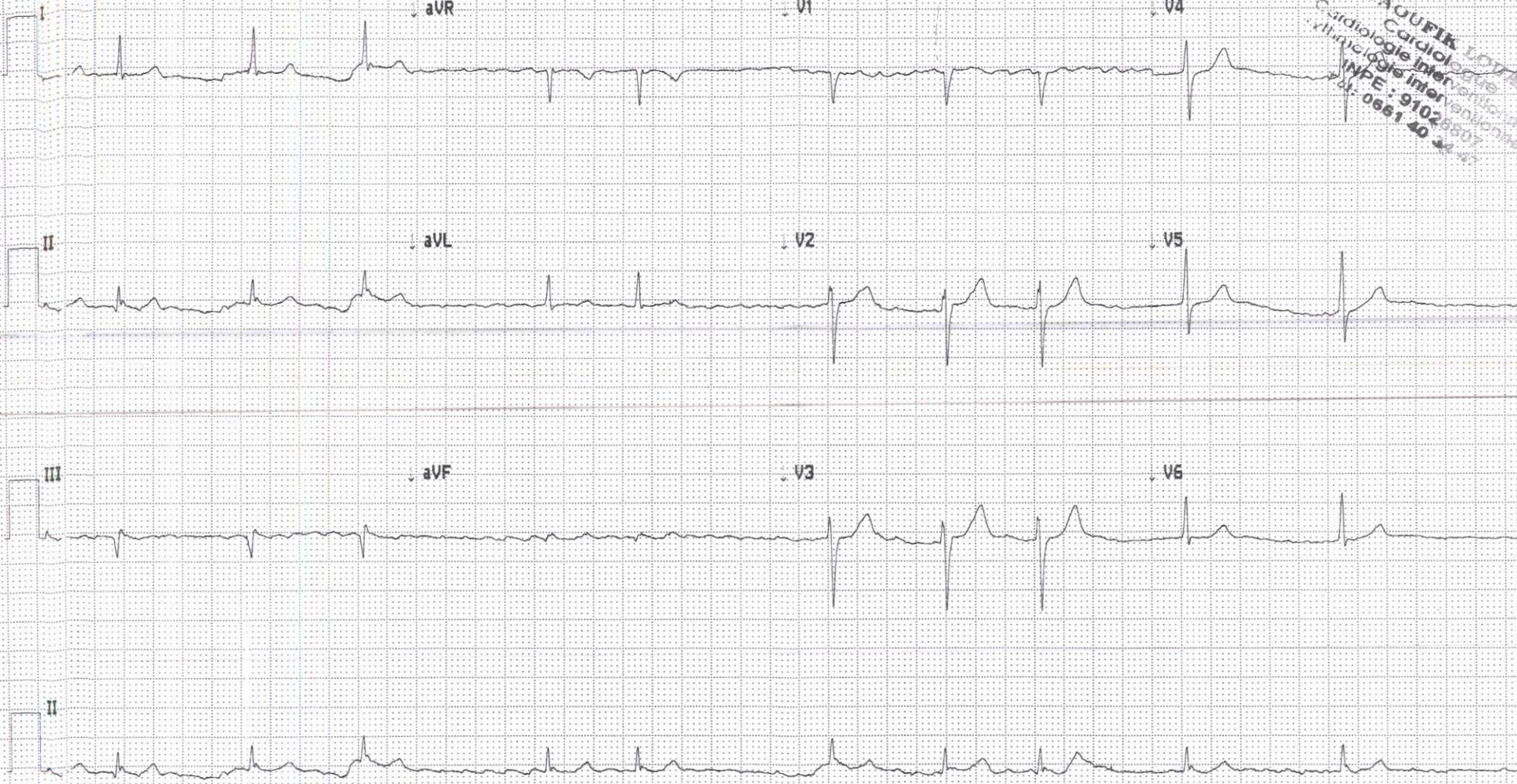
D-nas
ans

Freq. 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. BENASSA - Houl



LAOUFIK
Cardiol
Cardiologie inter
RHÔNE ALPES
INPE - 91024
PARIS
tel: 0661 40 34 34