

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.

M23-0018988

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	0704	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BANANE Abdellah	
Date de naissance :		1/1/47	
Adresse :		Habtuelle	
Tél. :		06 61 23 07 84	Total des frais engagés : 1698,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	 Professeur Agrégé Cardiologue 5, Rue Med. Abdouh - Casablanca Tel: 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89		
Date de consultation :	04/10/2013	Age :	54
Nom et prénom du malade :	M. BANANE Abdellah		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même		
Nature de la maladie :	H - T		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : 13 OCT 2013
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, le 10.10.2013

Signature de l'adhérent(e) :



 MUPRAS



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
04.10.2023				 DR. EL MAKHLOUF Professeur Agrégé 5, Rue Medecin 161-03-22-22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE GARE OASIS 152 BIS Route de l'Oasis 05220 Caudalières	01.10.2023	1693,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

412 | 21433552

00000412	21400332
00000000	00000000
D	E
00000000	00000000

411 | 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur BADRANE ABDELHAK

Casablanca le 04/10/2023

1- EXFORGE 5/80 MG ou SULIAT 5/80 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

2- XEDIOL 25 MG
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

Traitement pour 06 mois

A'S



Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89



**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

BADRANE Abdellah

Matricule :

0701

N° CIN :

8210177

Adresse : *Résidence Melk3 N°1 ville verte Boukhara*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. EL MAKHLOUF Ali

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Professeur Agrégé Cardiologue

Spécialité :

N° ICE :

5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

N° INPE :

891057851

091057851

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

H.T.A

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*EXFORQG 5/80 ou Suryat 5/80
+ XEDILOL*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Oran le 04/10/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées