

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.

M23-004703

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3535 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : SALIH Ahmed
 Nom & Prénom : SALIH Ahmed Date de naissance : 11/04/1957 A 81 744
 Adresse : lot HAI FATEH 182, rue 6 OULFA
 Tél. : 06 66 81 27 17 Total des frais engagés : 294,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/5/2023

Nom et prénom du malade : Abdelkader Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : MUPRAS

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

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 : 01/11/2023 Le : 01/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : Abdelkader

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@mupras.com

Le 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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| 09/11/23 | 09/11/23 | 294,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS |
| | D | G | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 02/12/23

Facture N°

M: salih Ahmed

| Quantité | Désignation | P. Unit. | P. Total |
|----------|-------------|----------|----------|
|----------|-------------|----------|----------|

| | | | |
|----|---------------|--------|--------|
| 01 | goveram 10/10 | 294,00 | 294,00 |
|----|---------------|--------|--------|

1 294,00

294,00

CASABLANCA, TAD 0522931028
SIE PHARMACE HAMZA
Lot. 1000, Rue 800, 3006 Casablanca

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

Nom et prénom :

Salih Ahmed

Matricule :

3535

N° CIN :

B 307013

Adresse :

Lot 1147 FATEH 182, Rue 6 OULGA PHASIF

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. NAOUR Oumaima

Cardiologue

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : 257, Av Aba Shoualib Doukkali
1er étage, N°1, Hay El Farah

N° ICE : Casablanca - Tel: 05 22 80 10 15

Spécialité : Cardiologie

N° INPE : 09.1255483

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Salih Ahmed*

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 :

- Age = 66 ans - Suivi pour hypertension artérielle -
- ECG = RRS / Bloc de branche droit complet
- (iii) : cloveram 30/10 mg : 1cp/j

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

3) cloveram 30/10 mg : 1cp/j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 27/07/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. NAOUR Oumaima

Cardiologue

257, Av Aba Shoualib Doukkali
1er étage, N°1, Hay El Farah
Casablanca - Tel: 05 22 80 10 15

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

Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage, Casablanca
Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupras.com - Email : pec@mupras.com