

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0032220

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3564

Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KASSABI OUAFAA

Date de naissance : 26/12/1958

Adresse :

Tél. : 0631159486

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 Le : 15/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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.

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 et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ALAIN SOUTIEN PHARMACEUTIQUE	02/12/24	782,80

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	O
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



صيدلية الأمانة

Pharmacie Al Amana



ES-SBAI ALAMI Samira
Docteur en Pharmacie

السباعي علمي سميرة
صيدلانية

Facture N° : 15124

Casablanca, le 08/09/2014

M. KASSAB BI OUI FOI

Doit

QTE	PRIX	DESIGNATION	TOTAL
2	239,00	CS Aprovel 300/12.5 mg	478,00
2	389,00	Ame p 10g / 114cp	778,00
2	113,50	Hyperium ep	227,00
			T = 782,50

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Soumni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Amalras - Beauséjour
Casablanca Tel. 05 22 39 00 00



2.39.09.70
E : 001547712000055

Docteur Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echocardiogramme Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

احترافي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدري والدوبلير بالأمواں

Patient:

KASABIA
dr afac

Casablanca, le 02 Aout 2023

1. Co - apprarel 300/12
~~239,00 X 8 = 1912~~ 1 cp mat
 494,00 X 7 = 3458 1 cp Sri
 Sri 1 cp mat 1912
 106 1 cp 3458
 106 1 cp 3458
 Hypermii 1 cp 3458
~~11350 X 8 = 9080~~ 1 cp 3458
~~316580~~ 1 cp 3458

356، رقة مصطفى المولاني (قرب زقا: أڭادير) - الدار البيضاء
 356, Rue Mostafa El Maâni (cote Rue d'Agadir) 1^{er} étage - Casablanca Email : cabinetsoulami@gmail.com
 Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tel. / Fax: 05 22 26 13 36 Urgence : 06 65 14 69 96
 CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 00975507600067 - IPN : 091130922