

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

N° M21- 0053450

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0878 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : Epouse
 Nom & Prénom : Amine Abolestam
 Date de naissance : 01/07/1942
 Adresse : Hay Mly Abolestam Rue 269 n° 19 Casablanca
 Tél. : Total des frais engagés : 1749,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DAHRI TATIMA Age : 71 ans

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

Nature de la maladie : CARDIOLOGUE

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
20/02/2021	diag		25.000 F	

Asmaa

File BIOLOGICAL Sciences / 06703

51. CARDI...
...men, ...
...719782...
...JH...

[illegible]

ICE 092047539

145. R. S. Srinivas

20520 Casablanca

5215

99.50

[illegible][illegible]

Date _____

[illegible]

C	I
---	---

AIM

FO

100

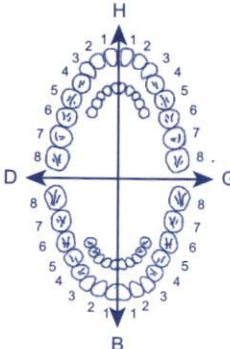
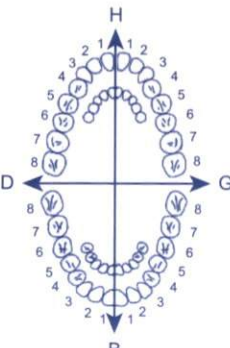
IV	
----	--

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.

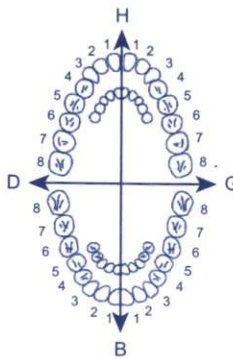
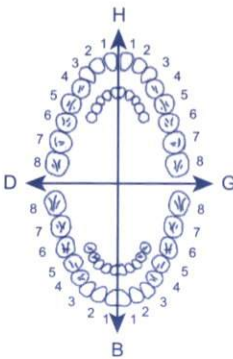
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important:

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div><div>D</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

Journal of Management Inquiry 20(6)br/>DOI: 10.1177/1056492611428006
© The Author(s) 2011
Reprints and permissions:
<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

Dr Anass INCHAOUH

CARDIOLOGUE



الدكتور أنس إنشاؤه
اختصاصي أمراض القلب والشرابين

- Diplômé en échocardiographie de l'Université Bordeaux-Segalen
- Diplômé en cardiologie pédiatrique et congénitale de l'Université Paris - Descartes
- Diplômé en ultrasonographie vasculaire de l'Université Paris - Sorbonne
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
- Ancien médecin à l'hôpital Pitié-Salpêtrière
- Ancien médecin assistant des hôpitaux de Liège - Belgique

- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو - فرنسا
- دبلوم أمراض القلب للأطفال و الرضع من جامعة ديكارث بباريس -فرنسا
- دبلوم للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة السوربون بباريس -فرنسا
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالمستشفى الجامعي سالترير بباريس -فرنسا

وصفة طبية ORDONNANCE

Casablanca, le : تاريخ

20/02/2024

Mme dahri fatima

370,00 + 649,00

rexaban 20
1cp/j pendant 3 mois

56,80 x 3

ALDACTONE 50 MG COMPRIMÉ
1/2cp/j à midi pendant 3 mois

26,90 x 6

VITANEVRIL FORT COMPRIMÉ DRAGÉIFIÉ BOÎTE DE 30
1cpx2/j pendant 3 mois

37,00

DULASTAN 500MG/2MG COMPRIMÉ SÉCABLE BOITE DE 20
1cpx2/j pendant 1 semaines

70,90

PROFENID 100 MG
1cp/j pendant 1 semaines

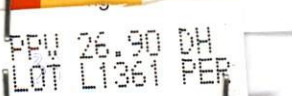
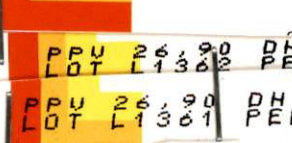
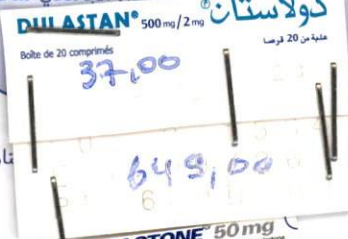
40,80

spasmomen
1cp/j le soir pendant 2 semaines

= 1499,50



Dr. Anass
CARDIOLOGUE
319, 1^{er} étage, bd. Lalla Asmaa,
Sidi Moumen, Casa
Tél.: 0522 719782
Email: a.inchaouh@gmail.com



319, 1^{er} étage, bd. Lalla Asmaa, Sidi Moumen, Casa
Tél. : 05 22 71 97 82 | Email : a.inchaouh@gmail.com

*VIGNETTE

SPASMOMEN® 40mg
30 comprimés
P.P.V. 40,80 DH