

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.

Médecine 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 064530
32754

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0507 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e),

Autre :

Nom & Prénom : TOUILE MOSTAFA

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : HAYAL QODS, RES. AL FAJR IMM. 1 E" EL WARD N° 6

BÉN NOUSSI, CASABLANCA -

Tél. : 0673171545 Total des frais engagés : 446,50 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22.11.2020

Nom et prénom du malade : Touile Imane Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ORL

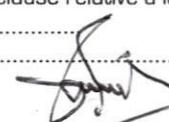
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 22.11.2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
26/07/2020	Q + E/G		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/80	 195 PHARMACIE G RUE 21. VILLE

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

"SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr.BAADY Naima

Médecin Cardiologue

Lauréate de la faculté de médecine casablanca

Diplômée de la faculté de médecine bordeaux

Hypertension artérielle - Epreuve d'effort

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Holter rythmique - Holter tensionnel



الدكتورة بعدي نعيمة

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء و بوردو بفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود

Casablanca le :

22/06/2020

N° Tonile Tonile

39.30 x 5

- Aldactazine 100 mg (30 ml)

PHARMACEUTIQUE

LOT N°: 1269487

UT. AV.: 9 21 P.P.V 39 30

LOT N°: 1269486

UT. AV.: 9 21 P.P.V 39 30

LOT N°: 1268411

UT. AV.: 09 21 P.P.V 39 30

LOT N°: 1288557 39.30

UT. AV.: 12 22 P.P.V 39 30

557 39.30 196.15 DH

حي القدس - برج مسحني مجرمه إي رقم 5 - الطابق 15 - سيدى البرنوصي الدار البيضاء

Cité Aliqods ,Avimam chaffi, tranche I, Rue 16, N°751 étage - Sidi Barnoussi - Casablanca

المستجلبات: Tél: 05 22 75 18 35 Urgence: 06 59 21 92 17



 MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 22 de 1. 2005

TOUILÉ MOSTAFA - M^{le} 0507

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Dr. BAADDY Naima Cardiologue	
Je soussigné:	
..... ville d'Algiers Tranche 1 Rue 16 N° 75 1er étage Sidi Bernoussi Casablanca Tél.: 05 22 75 18 33	
Certifie que M ^{le} , M ^{me} , M:	
Touïda. Tounane	
Présente	
HTA légère	
Nécessitant un traitement d'une durée de: (3 mois)	
Dont ci-joint l'ordonnance..... Medactazine	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36 / 05-22-91-23-76