

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° W19-519690

339 h0

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	0944	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HALMONY FB del mjid			
Date de naissance : 09-01-1930			
Adresse : Coop ALICIAAF II n° 21 Sidi Maârouf CASABLANCA			
Tél. : 0522.3219.96 Total des frais engagés : 4.605,80 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 30/06/2020			
Nom et prénom du malade : HALMONY ABDELMjid			
Age: 80			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 3 mois			
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
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 20/07/2020

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
30/06/2020				Dr. Sihem El Mourakuchi Cardensiel® 5 mg Angle Bd. Ibn Tachfin n° 105 El Mourakuchi 3ème étage Casablanca - Tel: 0522 511133

EXECUTION DES ORDONNANCES



Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/2020	43.55.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

STARVAL® 80 mg 28 comprimés pelliculés Voie orale	STARVAL® 80 mg 28 comprimés pelliculés Voie orale	STARVAL® 80 mg 28 comprimés pelliculés Voie orale	STARVAL® 80 mg 28 comprimés pelliculés Voie orale												
<p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p> <p>6 118000 380405</p> <p>6 118001 100873 Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 100873 Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 100873 Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 090785 XARELTO 15 mg Rivaroxaban 42 cps P.P.V. : 1326,00 DH Bayer S.A.</p> <p>6 118001 090785 XARELTO 15 mg Rivaroxaban 42 cps P.P.V. : 1326,00 DH Bayer S.A.</p> <p>6 118001 090785 XARELTO 15 mg Rivaroxaban 14 cps P.P.V. : 529,00 DH Bayer S.A.</p> <p>6 118000 022268 ZYLORIC 100 mg Boite de 100 comprimés A.M.M. N° 63 DMP/24 INTT SOTHEMA BOUSOURA Remboursable AMO</p> <p>6 118001 040426 Laroxyl® 40 mg/ml Amitriptyline Gouttes buvables 20 ml</p>															
<p>D'EXÉCUTION</p> <p>FIN D'EXÉCUTION</p> <p>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</p>															

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Explorations
Cardio-Vasculaires



إختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين
استكشاف أمراض
القلب و الشرايين

23/6/2020

Harmouy Abdellmjid.

131504

-Stand 8



300m

ff



ff

58,103

-caudal

ff



-tail

1326092

529.0

Xanth 16



46.0

Zygotic 15



ff

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي ، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
فوق أسيما و (BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

71,30 x 6
= Tanakan
18 x 6'



Soon
it

39,80

Roxaryl 6 ++ 1187 Diesel
 $T = 4355,80$ G ++ le Soir



Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Anglo Bd. Iba Iachane et Ida
El Attar El Mourakouchi
Casablanca - Tel: 0527 61 11

71,30



71,30



71,30

71,30



71,30



Le 30.06.2010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M :

Hélène Abdellatif

Présente

HTA ☺ ACPA ☺ AVC mal

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Indemnisé Poursuite de soin

Dont ci-joint l'ordonnance:

Stauror 30 1p
Xarctol 1g 2x100 1cc 1cp
Tamskou 100x2

(A défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Hassan II et Ibn
El Hadj El Mourakouchi
Casablanca Tél: 0522 61 11 33
75%

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

JUIN 30 2020 14:39
ID=

AC,DERIVAT
AGE=

HARMONY
ABDELMJEDD

