

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044487

ND: 36278

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5165 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : EL JAOUHARI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : Sidi Othman Bloc 44 N°58 Casa

Tél : 06-75-40-99-96 Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HANANE KAMOUN
Spécialiste en Cardiologie Adulte et Pédiatrique
29, Bd. Al Akid Alam Hay Salama 3
Sidi Othmane - Casablanca
Tél. 05 22 56 48 29 - Fax: 05 22 56 48 30
CE 001059903000096 - IF: 14409990

Date de consultation : 11/06/2020

Nom et prénom du malade : Bakhouch Fatima pour Age: 65 ans

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

Nature de la maladie : HTA exploration cardiaque après Chm

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

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

[illegible][illegible]

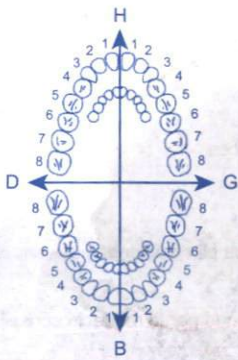
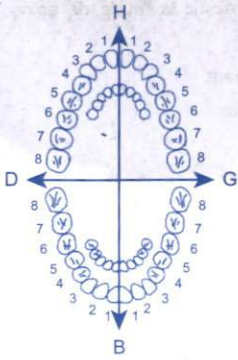
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. HANANE KAMOUM

Cardiologie (Adulte et Pédiatrique)
Echocardiographie Transthoracique
Echocardiographie Transoesophagienne,
Epreuve d'effort,
Holter Tensionnel et Holter ECG
Diplômé de La Faculté de Médecine de Bordeaux
En Epreuve d'effort et en Echocardiographie
Ancien Interne au CHU de Bordeaux Pessac
Ancien Interne à L'hôpital Sainte Justine à Montréal Canada



الدكتورة حنان كموم

إختصاصية في أمراض القلب للبالغين و الأطفال و الرضع
الفحص بالصدى و بالمنظار و التخطيط الكهربائي للقلب
حاصلة على دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي أوليفيك بوردو فرنسا
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى سانت جوستين بمونتريال بكندا

Casablanca Le :

11/06/2020

Nom : BAKHOUCHE

Prénom : FATIMA

Dr. HANANE KAMOUM
Spécialiste en Cardiologie Adulte et Pédiatrique
29, Bd. Al Akid Alam Hay Salama 3
Sidi Ohtmane - Casablanca 3
Tél.: 05 22 56 48 29 - Fax: 05 22 56 48 30
ICE: 001959903000096 - IF: 14409990

Facture des honoraires

ECHOCARDIOGRAPHIE.....700 DH

Montant reçu pour échocardiographie est sept cent dirhams.

Identifiant fiscal : 14409990

Identifiant commun d'entreprise ICE : 001959903000096

Dr. H. KAMOUM

29 شارع العقيد العلام حي السلامة 3، عمالة ابن مسيك سيدي عثمان، أمام الثانوية التأهيلية جعفر الفاسي الفهري - الهاتف : 05 22 56 48 29

29, Bd. Al Akid Al Alam Hay Salama 3 Sidi Ohtmane Casablanca. E-mail : Kamoumhanane@gmail.com : الفاكس : 05 22 56 48 30