

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 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

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.

N° W19-444787

WD-14505

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 944 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HARMONY ABDELMAJID

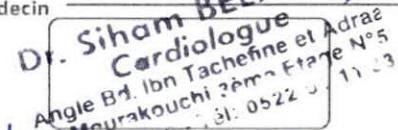
Date de naissance : 09-01-1930

Adresse : Corps/ALICKRAFII - 11-21- Sidi Maazouz

Tél. : 0522.32.19.96 Total des frais engagés : 1427,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2019

Nom et prénom du malade : 27/01/2019 Age : 27 TOUNE REBIR

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Centre Allal Ben Abdellah

Signature de l'adhérent(e) :

Moloud

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
24/12/19	C ₂ , ECG 2Bdch			INP : 091041186 Dr. Siham BELAICHE Cardiologue Refine et Adraa N°

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Sidi Maârouf Casablanca Tél/Fax : 0522 58 47 71	27/12/2013	35130

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

<p>RELEVE</p> <p>Le praticien est prié de préciser la dent : 31,30</p> <p>Important : Veuillez joindre les re</p> <p>SOINS DENTAIRES</p>		<p>LOT : 192274 EXP : 10/23 PPV : 306DH00</p> <p>6 118001 100873</p> <p>6 118001 100873</p> <p>6 118001 100873</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 100873</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 100873</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p>	<p>192274 10/23 31.30</p> <p>6 118001 100873</p> <p>6 118001 100873</p> <p>6 118001 100873</p> <p>7862160239</p> <p>T: 19N012 EXP: 10/21 PPV: 306DH00</p>											
		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>		<p>DETERMINATION DU COEFF MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction de la prothèse nécessaire à la thérapeutique nécessaire à</p> <p>Laroxyl® Amitriptyline</p> <p>PPV:39DH80 PER:07/22 LOT:11702</p>		H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<p>192274 10/23 31.30</p> <p>6 118001 100873</p> <p>6 118001 100873</p> <p>6 118001 100873</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 100873</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 100873</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p>	
H	25533412 00000000	21433552 00000000												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN A</p>		<p>DATE DE DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>		<p>192274 10/23 31.30</p> <p>192274 10/23 31.30</p>										
<p>Laroxyl® 40 mg/ml Amitriptyline Gouttes buvables 20 ml</p>		<p>ET CACHET DU PRATICIEN</p>		<p>192274 10/23 31.30</p>										

valable 3 mois

Le 27/12/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

HTA sévère → Hypertension

Nécessitant un traitement d'une durée de :

in déterminée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr.Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Explorations
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

الختصاصية في أمراض
القلب والشرايين
استكشاف أمراض
القلب والشرايين

Le 27/12/2019

نº 27
Zitoune Kebira

306.00⁰⁰ 2

- Subject 10/160/20
HCT

58.10⁰⁰ 3

1 g Cefadroxil 5%
Zytec 250
1 g Resor



Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa
Zaouieh Sharq, Casablanca
Anglais: 0522 584771, Francais: 0522 584771

إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
زاوية شارع ابن طاشم، قرب العقداء المراكشي

فوق آسيا و BMCE (BMCÉ) : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra N° 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33

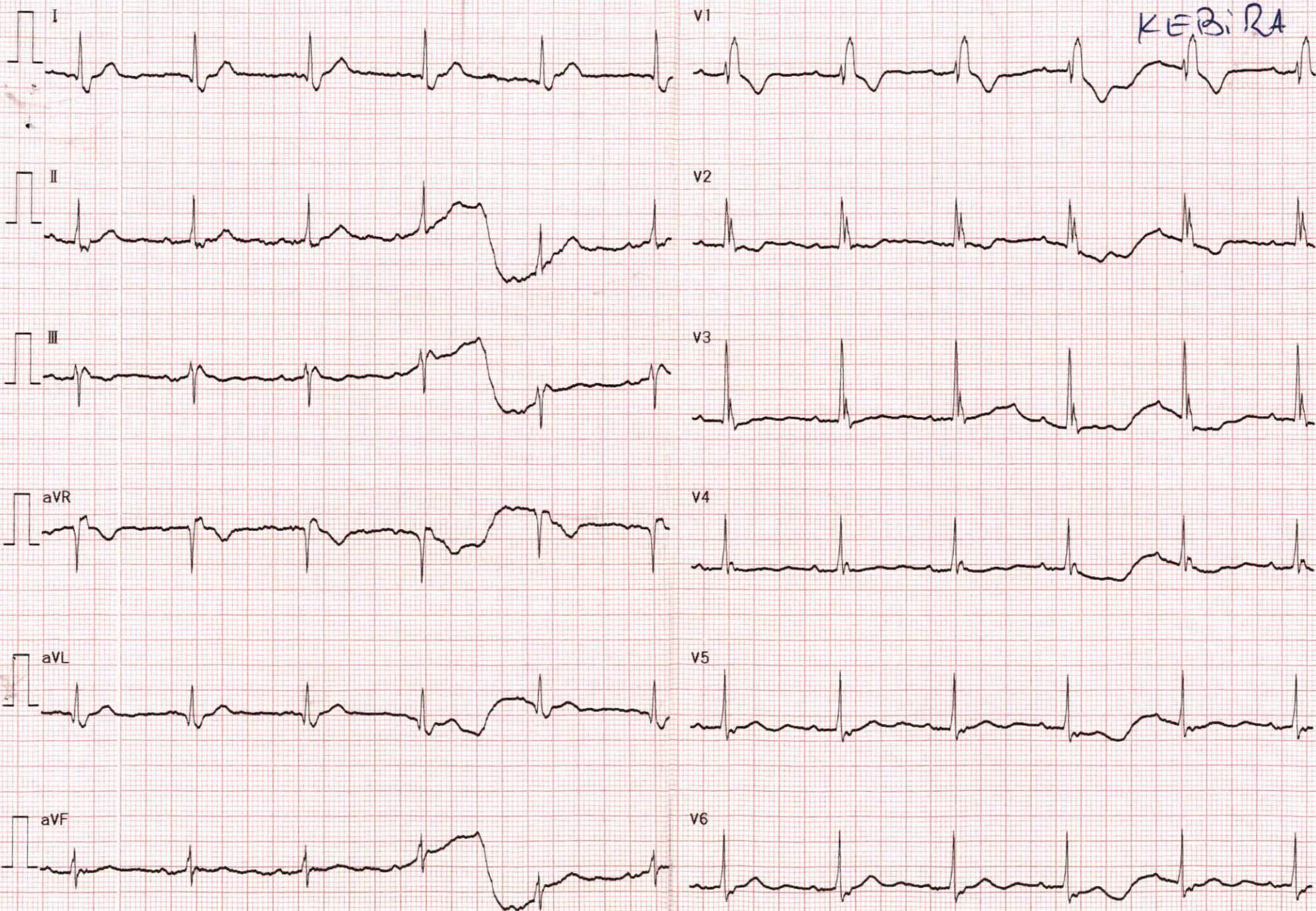
DEC. 27 2019 14:13

ID= AGE=

AC, DERIVAT

Zi TOURE.

KERIBI RA



DEC. 27 2019 14:13

ID=

AGE=

AC,DERIV

