

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

N° → 14865

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008931

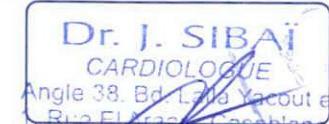
 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : KANOUNI 1631 Société : Retraite RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : KANOUNI MOSTAFA Date de naissance : 25 05 53
 Adresse : BL ED ABED N° 13 DAR BOUAZZA RUE AZEMOUR
 Tél. : 0671 065 128 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 JAN 2020Nom et prénom du malade : KANOUNI MOSTAFA Age : 67Lien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : HISTO Cyste, Palpable

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/01/2020


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
3 JAN. 2020	C ₂ + ECG		300 dhs	DR. J. AIBALI CARDIOLOGUE Angle 38, Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Arees - Casablanca tél: 05 22 46 79 79 - 05 22 46 78 90
25	-			
26	-			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Zahzouhi Amina	13/11/20	1303,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			-
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B		MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من س 9 إلى س 15

والسبت من س 9 إلى س 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

لأخذ موعد اتصلا ب : 06 22 180 812



SIBAI

Médecine

5h.

Exforge® 5 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

et le dimanche.
appeler le : 06 22 180 812



N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 13 JAN. 2020

Dr. J. SIBAI

الرقم الملوظي الاستدلالي:
الدار البيضاء ، في

DR. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Bd. Lalla Yacout et
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 0522 48 79 79 - 0522 46 78 90

611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

00757



01179

611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

REGIME SANS SEL

32 361

Ex forge 5g 160 mg 19/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

35.70 ₦

Kardegic 75 mg



1 sachet/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

38.80 ₦

Sectral 200 mg



1 sachet/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

1 303 ₦

1 303 ₦



1 303 ₦

TRAITEMENT DE 3 MOIS

0202 01:4836
2009046:101

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
0117901:101



ICE : 00179045100004 - 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1er Etage - Casablanca 20090 - Tél.: 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

Zaouie, 1, زاوية العرار (أكي لوساك سابقاً) و 38 شارع لايلفوت - عمارة بمسى - الطبق الأول - الدار البيضاء 20090 الهاتف : 00909

Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1er Etage - Casablanca 20090 - Tél.: 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

PHARMACIE DAR BOUANZA
ZAHZOUHI Amina
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93
Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 46 78 90

ECG

Dr JSIBAI

NOM:KANOUNI MOSTAFA ID : Sexe :Homme Age :67 Date :13-1-2020

