

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 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° P19-0027718

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 569 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHGUAR Housseine

Date de naissance : 01.01.1945

Adresse : Rés. Bouass GHAIM 7 ABTIG OULFA

Tél. : 0522893297 CISA

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mme BOUFTAS Saadia Age: 68 ans

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

Nature de la maladie : Cardiaque

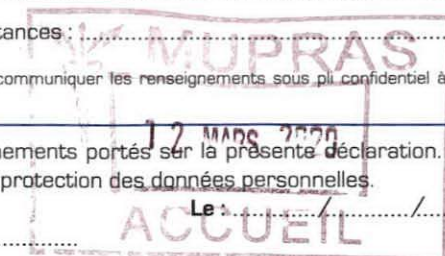
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
6.3.2020	Consultation		250.00	Dr. CASSIOUI CARDIOLOGIE 52, rue de la République 28100 AS-Blancka Tél: 0522450239 Fax: 0522450239

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUM ERRAH DIAZOUN BIDAH 47, rue de la République 28100 AS-Blancka Tél: 0522450239 Fax: 0522450239	06.03.20	3478.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

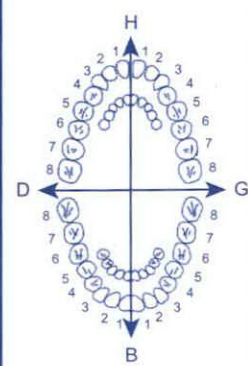
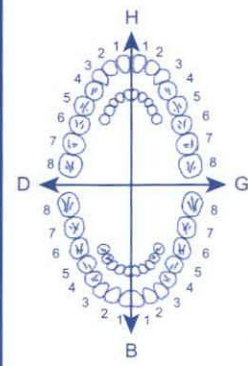
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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

CABINET DE CARDIOLOGIE



Dr. Miloud KASSIOUI

Cardiologue

Diplôme de la Faculté de Médecine d'Angers (France)

Ancien attaché des Hôpitaux de la Loire

Ex Médecin Cardiologue à l'Hôpital Sidi Soufi Casablanca

Casablanca, le

PHARMACIE OUM ERRAH
Dr. Adnane BDAH
49, Boulevard OUM ERRAH HUSSEIN, EL OUEJA
CASABLANCA - Tél: 05 22 40 88 72 - Fax: 05 22 40 12 66

6/3/2020

Box FTAS Sardia

347.00 x 9

Xarelto 10

1x le soir

35.70 x 3

Genade pu 160

1x durant ap

58.90 x 3

Varco 2 20

10 1

13478.20

Welle 2000

Dr. Miloud KASSIOUI
CABINET DE CARDIOLOGIE
52, Boulevard Mohammed VI
2ème Etage - Casablanca
Tél: 0522 45 02 40 / 41 - Fax: 0522 45 02 39

Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



58,90

58,90

58,90

KARDECIG 160MG
SACHETS B30

P.P.V. : 35DH70



SACHETS B30

P.P.V. : 35DH70



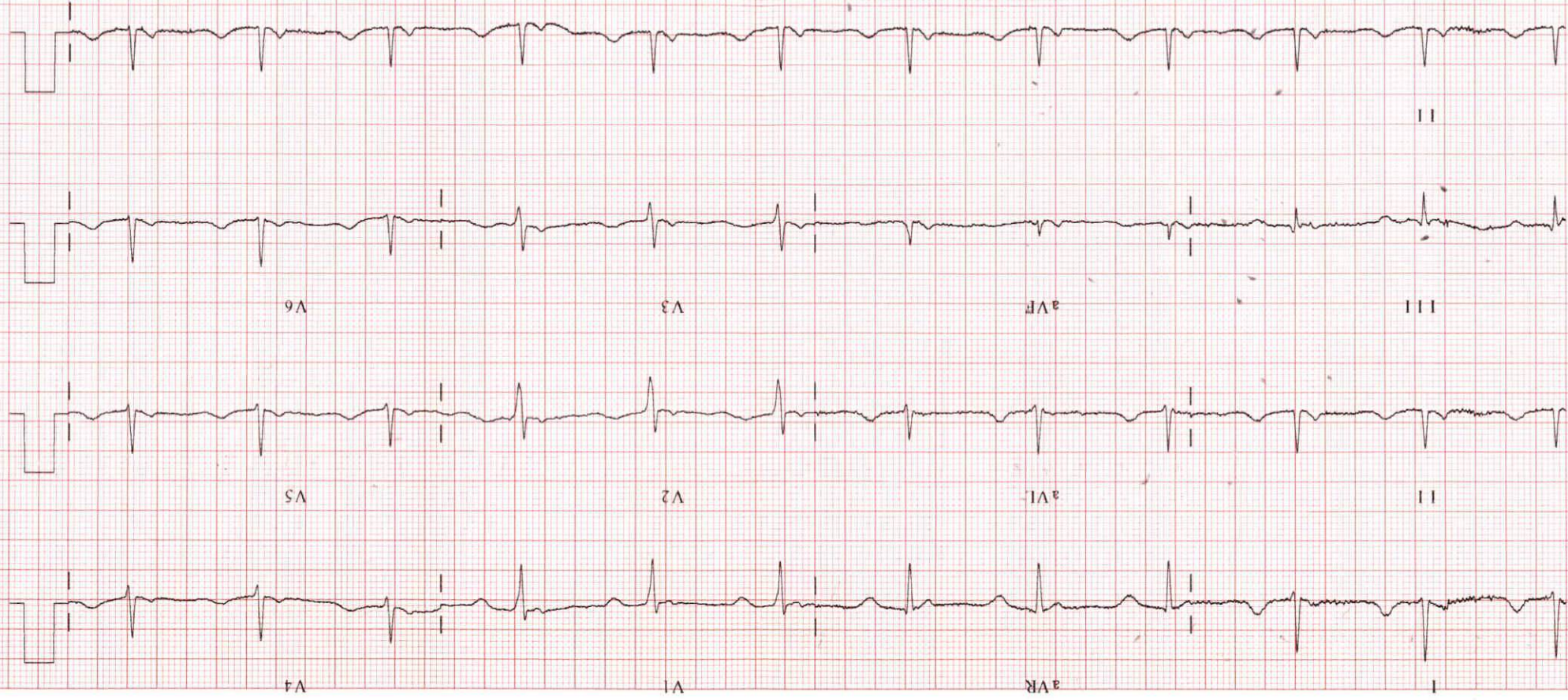
LOT : 19E007
PER : 04/2021

KARDECIG 160MG
SACHETS B30

P.P.V. : 35DH70



LOT : 19E006
PER : 04/2021



Dr. Houd KASSIOU
CABINET DE CARDIOLOGIE
52, Bd Med V
2ème Etage
Kissarite Tissir
CASABLANCA
Tél: 052245024/41 - Fax: 0522450239

Dr Houd Kassiou
à 6/3/20

Dr Houd Kassiou