

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.

N° P19-

047908

NP = 295.81

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4160

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-047908

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	D	H	G	Montant des soins
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		Date du devis
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin d'exécution
Signature du praticien		Signature du praticien		
Signature de l'assuré		Signature de l'assuré		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0053116		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prénom ABIM SAADIA			
Fonction RETRAITEE	Phones 0661102747	Signature de l'adhérent	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient ABIM SAADIA		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	
Age 26-08-1983		Date 19-03-2011	
Nature de la maladie HTA			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes CS 282 G	Nbre de Coefficient R22	Montant détaillé des honoraires 30000	
PHARMACIE Date 19/03/2011		PHARMACIE Date 19/03/2011	
Montant de la facture 1016,47		CACHET	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients			
Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			

Docteur Laïla SAHER
CARDIOLOGUE

Ancien Médecin Attaché au Centre
National de Cardiologie et de
Chirurgie Cardio-vasculaire
CHU de Rabat
Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris



الدكتورة ليلا صاهر

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
طبيبة سابقة بالمركز الوطني الجامعي
لأمراض وجراحة القلب والشرايين
بمستشفى ابن سينا - الرباط
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

19 - AR 2020

الدار البيضا، في :

122,70

Mr Ar. M. Sandus

180.30 x 3

① Tareg (SV du)

en 8 mois



280 x 2 (SV)

① A.S. 200 mg



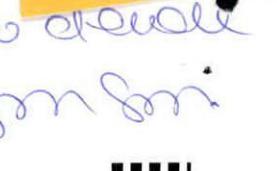
180 x 3 (SV)

① Tareg 160 mg



22.20 (SV) 280 x 3

① Liofiliprone



122.70 (SV) 280 x 3

① Liofiliprone 280 mg

43.50 (SV) Liofiliprone (SV)

① Liofiliprone 280 mg



101.64 (SV) 280 x 3

① Liofiliprone 280 mg

زاوية شارع جورج ساند وشارع ساندال - إقامة بنبر - عصارة (س) - المعاريف - الدار البيضا

Angle Bd. Georges Sand & Av. Stendhal, Résidence Benber. Imm. C, Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 55 33 / 0618 27 26 66 / 0700 82 08 05 - Urgences : 0661 30 21 12

E-mail : contact.sacard@gmail.com / INPE : 091122770



* VIGNETTE

Liofil® 1000 gel
tube de 50g
PPV 49DH50

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2021
LOT 90039 B

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2021
LOT 90039 B

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2021
LOT 90039 B

71,30

71,30

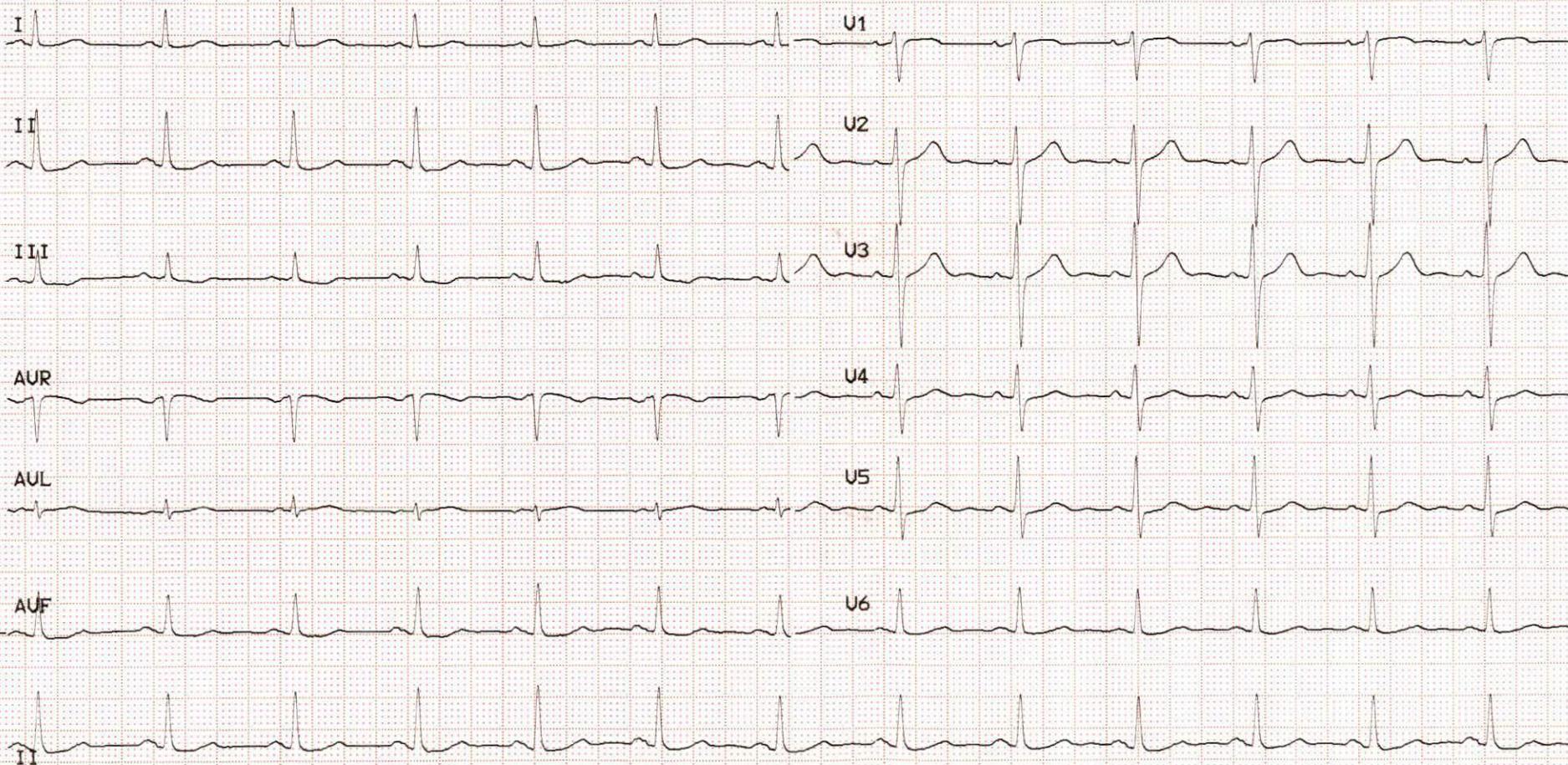
71,30

Résultats mesures:

QRS : ms
 QT/QTcB : / ms
 PQ : ms
 P : ms
 RR/PP : / ms
 P/QRS/T : / / degr
 QTD/QTcBD: ms
 Sokolow : mU
 NK

Interprétation:

rapport non confirmé .



19 MAR 2020