

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 canaux, 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 canaux.

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.

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- 062876

ND: 08763

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2683 Société : MUPRAS RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENDI Mohamed
Date de naissance : 1952
Adresse : Hassel
Tél. : 623 136 021 Total des frais engagés : 1630,50 Dhs
0664 2962 20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 / 03 / 2020
Nom et prénom du malade : Etikiri SABAH Age :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-062876

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 : 2683
Nom de l'adhérent(e) : SABAH Cadio
Total des frais engagés : 1630,50
Date de dépôt :

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
27/03/2020			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOPHIA Mme. Bismarck B. S. S. S. 214 Bd. Ibnou Sina - CAS 022.36.01.44	27/03/2020	394.50 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
EVOLUTORY LABORATOIRE D'ANALYSE 214 Bd. Ibnou Sina - CAS 022.36.01.44	25/03/2020	B: 680 + E 25	936.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

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 border="1"> <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														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI
Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille
Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور احمد السطي
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بليب
سابقا بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
d'Explorations Cardio - Vasculaires

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp :

5192094

271031202

271031202

131.50 x 3

Stenval 80 1/1 (3m)



394.50

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp :

5192094

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp :

صيدلية صوفيا
Pharmacie SOPHIA
Mme. Benbrahim Bp. Skourri
224, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél : 022 36 01 24

Dr. Ahmed SETTI
Rue de la Foire Internationale - A côté de l'Hôpital Mly Youssef
Tél : 05 22 20 35 84/88 - Urgences : 0661 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@yahoo.fr

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille
Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور احمد السطحي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بليب
طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio - Vasculaires

27/03/20

Mme EL Kili SABAH

Femtuene VIT D

DI AZIZ MOHAMMED
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187 Boulevard Mohammed VI - Casablanca
Tel. 0522 95 3 14 Fax 0522 94 7 14
E-mail: evolulab@hotmmail.com
INPE 09361067 - ICE - 00186653000001

Docteur Ahmed SETTI
Cardiologue
Résidence Jassim Houssam - 175 Rue Boukraa - 1^{er} Etage
Casablanca - Maroc
Tel. 05 22 20 35 84 / Fax 05 22 20 34 93
Rue de la Foire Internationale - A côté de l'Hôpital Mly Youssef

FACTURE N° : 2003252005

Casablanca le 25-03-2020

Mme Sabah EL KIRI

Date de l'examen : 25-03-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Ferritine	B230	B
	Vitamine D – 25– hydroxy–vitamine D – D2 + D3 :	B450	B

Total des B : 680

TOTAL DOSSIER : 936.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent trente–six dirhams

IF 14377655

EVOLULAB
Dr. AZIZ MOTAOUAKKIL
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Boulevard Ibnou Sina - Casablanca
Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45
E-mail : evolulab@hotmail.com
INPE : 09361037 - ICE : 001666539000001

☒ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné : <u>BENDI Mohamed</u>	
Certifie que Mlle, Mme, M. <u>EL KASSI SARAH (épouse)</u>	
Présente <u>HTA</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>3 ans</u>	
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

Docteur Ahmed BENT
 Cardiologue
 Rés. Jassim H. - Casablanca
 Tél. 05 22 20 45 07
 Casablanca