

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 caractére personnel.

N° P19- 062876

ND: 88763

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2683

Société : MUPRAS RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDI Mohamed

Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. : 0623 136 021

Total des frais engagés : 1630,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/03/2020

Nom et prénom du malade : ETICIRI 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

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).

SABAH
cardio

Matricule : 2683

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1630,50

Date de dépôt :

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
27/03/2023			2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Plaza Pharmacie Sophia Boulevard Ibnou Sina - Casablanca Tunisie 236 01 - 4</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>394,50 DH</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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'ORL.

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

ال اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بليبل

ب سایقا یکستشغیات فرنسا



*Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio - Vasculaires*

PPV : 131 DH 50

Lot 5°
Exp.

5192094

271031202

De Eel kaken

131.50 x 3

Stawal 70 1 (3m = 5

~~موفى~~ Pharmacie SOPHIA
Mme. Ibrahim Bp. Shouf
224, Bd. Ibn Sina - CASA
T. 022.36.01.24

Résidence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1^{er} étage - Casablanca - Maroc (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 السطوي
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بليل
طبيب سابق في مستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio - Vasculaires

27/03/20

Dr EL Kili SABATH

femtneve

Dr Azz Mouloud SES MEDICALES
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187 Boulevard 31 Janvier Casablanca
Tel. 0522 93 34 14 Fax 0522 94 77 66
E-mail evolulab@hotmail.com
INPE 00361067 - ICE 00166653900001

Dr Ahmed SETTI
Cardiologue
175 Rue Boukraa - Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 20 35 84/88 - Urgences : 0661 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@yahoo.fr

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
		E25	E
PS	Prélèvement sang	B230	B
	Ferritine	B450	B
	Vitamine D – 25-hydroxy-vitamine D – D2 + D3 :		

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 - Hay El Hana - Casablanca
Tél. 0522 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45
E-mail : evolulab@hotmail.com
INPE : 00361001 - ICE : 001666539000001

valable 3 mois

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : *BEN DRI Mohamed*

Certifie que Mlle, Mme, M. *SAADA KARIM* (épouse)

Présente *HTA*

Nécessitant un traitement d'une durée de :
3 mois

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

Document Ahmed BEN DRI