

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-609368

61448



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2289

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

DAHER Mustapha

Date de naissance :

20.05.1953

Adresse :

Rue 2, Imm. 78 Lot. ATTADAMOUN - OUJDA

Tél. : 06.66.80.73.76

Total des frais engagés : 1518,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS

1 MARS 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Casablanca

Le : 20/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/02/21 | 1C ECG | 3000hs | 3000hs | INP :  DR M. BULZOUR BAA CARDIOLOGUE 15 Bd An Tabuteau Res. 0322 21 22 12 Casablanca - Maroc - 05 22 27 15 15 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SARANIA 140 Lot Smirada Lissat S.A.R.N.A.U Casablanca TéléFax: 05 22 65 20 01 | 03/02/21 | 18,70 |
| PHARMACIE SARANIA S.A.R.N.A.U 140 Lot Smirada Lissat Casablanca | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES + RADIGRAPHIES

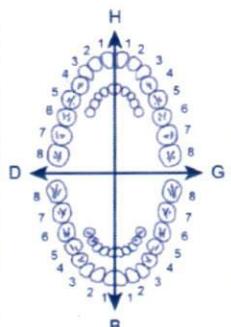
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

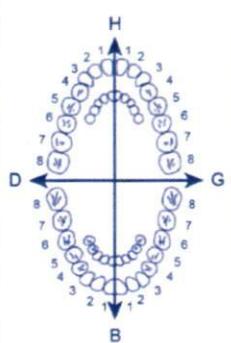
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

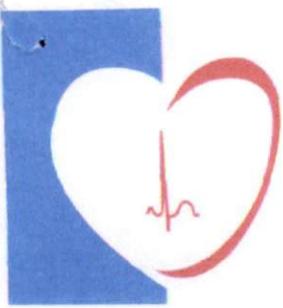
MONTANTS
DES SOINS

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 ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

UT.AV : 12833442 P.P.V. 136 60
LOT N° : 12833442 136,60

Le 03/02/2021

الدكتور محمد بو زفيع
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

Mr DAHER MUSTAPHA

2x 136,60

1/ AMLOR 5



1 CP / J Matin

PPV:167DH30

5x 137,30

2/ COVERSYL 10

5x 21,20

3/ ASPEGIC 100

2x 13,70



1 CP / J S

167,30



1 S / J M

137,30

Traitement de 3.... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.

PHARMACIE SARAFATE
SARAFATE
Tél/Fax : 05 22 65 20 07
Casablanca
Casablanca
SARAFATE
SARAFATE

D. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE
13, Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)
Rés. ILIAS, N°6 - Bourgogne Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E009
PER : 05 2022
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E007
PER : 09 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E010
PER : 11 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E006
PER : 06 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E10
PER : 11 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E10
PER : 11 2021
6 118000 061113

valable 3 mois

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

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 Hentz) - Casablanca