

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.

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° W19-590359

63521 Pen comar

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01640		Société : R.A.M RETRAITÉ - ABDEULKRIM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EL HASSOUABI			
Date de naissance : 30.06.1953			
Adresse : Résidence ISMAÏLIA (B) Apt 13 PLACE HASSAN 1 ^{er} V.N-MEKNES-			
Tél. : 0664263100	Total des frais engagés : 1024,00		Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. AMRIOUI Saïd CARDIOLOGUE 14, Résidence Khamlich Rue Atlas N° 5 - MEKNÈS tél: 0665512623 - GSM: 0661357310	25 MARS 2021
Date de consultation : 1/06/2021	ACCUEIL
Nom et prénom du malade : El HASSAN BEN YOUSSEF	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Meknes

Le : 02/03/21

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
06/03/21	ns	2002214	INP: 23001515	DT. AMRISSUI SALS CARDIOLOGUE 14, RUE DE LA MEKNÈS TÉL: 05 35 46 22 40 19, lot. Kamila - Meknès TÉL: 05 35 46 22 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL HABIBI Dr EL HASSOUABI 19, lot. Kamila - Meknès TÉL: 05 35 46 22 40	06/03/21	INBIAAT 824,00 DH TÉL: 05 35 46 22 40

INPE: 132080243

ANALYSES - RADIGRAPHIES

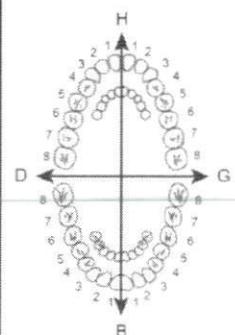
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

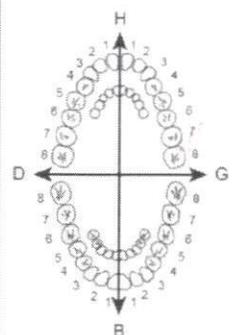
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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 CONSULTATION D'EXPLORATION, CONSULTATION A DOMICILE

Docteur AMRIOUI Saïd

Spécialiste Des Maladies
Cardio-vasculaires
et de l'Hypertension Artérielle

Ex. Spécialiste du CHU Averroes Casablanca
Ex. Spécialiste de l'Hôpital Md.V Meknès
Membre de la société Française de Cardiologie



الدكتور عمروي سعيد

اختصاصي في أمراض القلب
و الشرايين و الضغط الدموي

اختصاصي سابق بالمركز الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

اختصاصي سابق بمستشفى محمد الخامس مكناس

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Meknès, le

06/03/2021 مكان في

C. EL HASSOUABI . 13027KA1M

(3 x 200,00)

Pharmacie AL INBAAT
Dr EL HASSOUABI
9, Lot. Kamilia - Meknès
Tél : 05 35 46 77 40

Cardis 80
14),



6 118001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

PPV : 200 DH 00

5156401

224,00

14 X 21

Pharmacie AL INBAAT
Dr EL HASSOUABI
19, Lot. Kamilia Meknès
Tél : 05 35 46 77 40

LEVAMOX® 1g/125mg
24 comprimés effervescents



6 118000 033066

6 118001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

PPV : 200 DH 00

5156401

Dr. AMRI
CARE
14, Résid.
Rue Atlas n° 5
Tél.: 05.35.51.26.23 - Csm. 06.01.35.73.10
PPV 224DH00

824,00

W.Z.

6 118001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

PPV : 200 DH 00

5156401

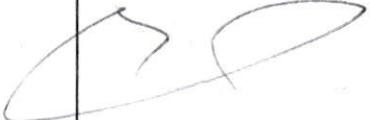
14، إقامة خمليش، زنقة الأطلس، الطابق الثاني رقم 5 - مكناس

الهاتف: 05 35 51 26 23 - المستعجلات: 06 61 35 73 10

14, Résid. khamlich, Rue Atlas, 2^{ème}étage n° 5 - Meknès - Tél.: 05 35 51 26 23 - Urgence : 06 61 35 73 10

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		
<input type="checkbox"/> Copie des résultats <input type="checkbox"/> Facture <input type="checkbox"/> Ordonnance <input type="checkbox"/> Pli confidentiel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/> Accord préalable <u>avant</u> le traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i> <input type="checkbox"/> Facture <input type="checkbox"/> Radio <u>après</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i> <input type="checkbox"/> Radio <u>avant</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i> <input type="checkbox"/> Restitution des anciennes prothèses	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/> Cachet de la clinique sur la feuille de soins <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire <input type="checkbox"/> Copie compte rendu des radios <input type="checkbox"/> Copie résultat de l'anatomopathologie <input type="checkbox"/> Copie résultat des analyses <input type="checkbox"/> Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale <input type="checkbox"/> Entente préalable <input type="checkbox"/> Notes d'honoraires <input type="checkbox"/> Ordonnance et factures des actes sous traités <input type="checkbox"/> Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/> Facture de l'opticien <input type="checkbox"/> Ordonnance	<input type="text"/> <input type="text"/>	
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/> Copie radio relative à la même maladie <input type="checkbox"/> Entente préalable remplie par le médecin <input type="checkbox"/> Facture	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
PHARMACIE		
<input checked="" type="checkbox"/> Ordonnance * <input checked="" type="checkbox"/> Vignettes des médicaments PPV **	1 1	
<small>* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)</small>		
<small>** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre</small>		
<u>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</u>	Matricule: Mle 1640. 	FS n°: W 19-590359