

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° W21-617962

CA

68525

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9405

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZNAD OTHMANE

Date de naissance : 22 101 1971

Adresse : N°18 Res. NADIR S. EL WIAM

OULFA CASA
06 61 23 63 83

Tél. : Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور نجاتي حمزة القبلي
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
ماركة H1 الطابق الثاني 109 برج ابن سينا
المنطقة الحرة - الدار البيضاء - المغرب
الهاتف : 06 61 38 51 65 - 05 28 84 82 92

Date de consultation : 08/03/2021

Nom et prénom du malade : BECHIR HADDA Harsna Age : 36 ans.

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Appareil thoracique effort et froid

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : angor al ?!

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/04/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-617962

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 : 9405

Nom de l'adhérent(e) : BENZNAD

Total des frais engagés : 116,70

Date de dépôt : 23/04/21

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 portement des Actes
08/03/2021	Consultation =			<p>Dr. Najat KARIM CH. KABIL N°: CARDIOLOGUE INP: 041083387 الدكتورة نجات كاريم القبلي اختصاصية في أمراض القلب والclerosis عمرها 41 الطابق الثاني 109 برج الدبلات ملكي شارع الحسن الثاني وعدد 109</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie SEFRIHI Dr. M. Sefrihi - SEFRIHI 19, Bloc F Hay El Amine - Agadir Tel: 05 28 49 09 7	08/03/2024	116.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
		OD.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE												
				<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411		11433553
		H	21433552													
		D	00000000													
		B	00000000													
		G	35533411													
			11433553													
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

DOCTEUR NAJAATT KARIM ép. KABLI

CARDIOLOGUE

Echo-doppler cardio-vasculaire Holter ECG

Diplômée de l'Université de Rennes I-France
Ancienne Médecin Assistante des Hôpitaux
de l'Ouest-France



الدكتورة نبات كريمة م. القبلي

الخصاصية في أمراض القلب والشرايين
الفحص بالصدى والدوبليير
هولتير التخطيط الكهربائي للقلب
خريجت جامعة رين 1 - فرنسا
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات
غرب فرنسا

Agadir ٥٨، ٥٣، ٢٠٢١ أڭادير

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70
Cover S.M.

O

Aspirine 100mg/500µg
acide acétylsalicylique
P.P.V. - 27.70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

27.70

27.70

1) Cards as for S. I.

89,00

2) Alt-Jenn

Stop Carol

$$T = 116.70$$

Q804 for the month



ملتقى شارع الحسن الثاني، وشارع عبد الرحيم بوعبيد -اقامة برج الدلالات-H1 الطابق الثاني، 109-أكادير

Angle Av. HASSAN II & ABDERRAHIM BOUABID - Rés. Borj Djalale - H1 2 ème étage, N°109 - AGADIR

Gsm : +212 661 385 165 - Tél : +212 528 848 292 - E-mail : najat.karimkabli@gmail.com

ICE : 001651939000090 - TP : 48174640 - JNP : 041083387