

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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° M20- 0000256

73073

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11231 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ADLANI MY Abdellah

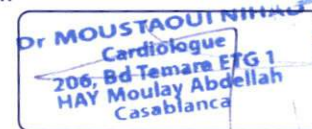
Date de naissance : 01/08/1967

Adresse :

Tél. : 0661597722 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/03/2021

Nom et prénom du malade : LOTFI IHAM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Palpitations / Hypertension

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04/03/2021	CS		250dh	Dr MOUSTAOU NIHAD Cardiologue 206, Bd Temara-ETG 1 MAY Moulay Abdellah Casablanca
12/03/2021	CS		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/3/21	906,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

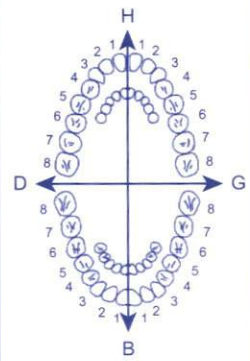
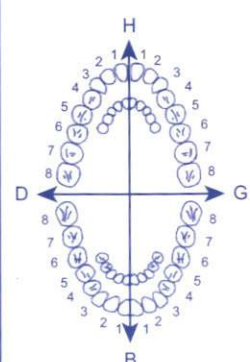
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr MOUSTAOU NIHAD

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

- ECG
- Echo Doppler Cardiaque
- Holter tensionnel
- Holter Rythmique (ECG)
- Epreuve D'effort



الدكتورة مستاوي نهاد

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

- تخطيط القلب
- الفحص بالصدى الصوتي للقلب
- تسجيل الضغط الدموي و تخطيط القلب لمدة 24 ساعة
- تخطيط الجهد

Casablanca, le 12/03/2021

ORDONNANCE

LOTFI ILHAM

- 49.60ad 1) D - cure forte 1amp 10j (pdt 3 mois)
- 87.00 2) Relaxium 300mg 1gely besoin (pdt 1 mois)
- 60.00ad 3) Ferplex 1flacon x 2 (pdt 3 mois)

LOT: 200869
DLUO: 11/2023
97.00DH

956.00

Dr MOUSTAOU NIHAD
Cardiologue
206, Bd Temara E1G 1
Hay Moulay Abdellah

206 شارع تمارة، الطابق الأول، حي مولاي عبد الله، الدار البيضاء
206, Bd Temara, E1G 1, Hay Moulay Abdellah Casablanca
Tél : 05 22 50 21 92

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

PPV: 49,60 DH
LOT: 21A04
EXP: 01/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023