

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.

N° W21-608298

83303

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0944		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HALMONY ABDELMATI			
Date de naissance : 09/01/1930			
Adresse : Carré Alick AAF II - n° 21. Sidi Maârouf. CASA			
Tél. : 0698.33.54.57		Total des frais engagés : 250,00 Dhs	
+ 139,00			
389,00			
Cadre réservé au Médecin			
Dr Salma CHIBQUI Spécialiste des Maladies du Sang 17, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Abdelloumen Tel. : 05 22 99 53 71			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 19/07/2021			
Nom et prénom du malade : M. Halmony Halmony Age : 81			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hémopathie			
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 : **09/07/2021** Le : **09 SEP 2021**

Signature de l'adhérent(e) :

Halmony



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
			2500 Dhs	INP : <i>PPV: 69 DH 50</i> <i>Dr Salma CHEHAB</i> <i>Spécialiste des Maladies des Saisons</i> <i>17, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Abdellah Ben</i> <i>Télé: 05 22 99 53 12</i>
<i>14/07/2021</i>	<i>cn</i>			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PPV: 69 DH 50</i>	<i>14/07/2021</i>	<i>139.10</i>

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

PPV: 69 DH 50

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, si

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <i>PPV: 69 DH 50</i>
				<i>6 118001 26060</i>
				<i>PPV: 69 DH 50</i>
				<i>6 118001 260607</i>
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				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, et

PPV: 69 DH 50

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] ns.								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">6 118001 260607</div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PPV: 69 DH 50</div> DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></div> FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">6 118001 260607</div>								
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	Determination du coefficient masticatoire	H	Coefficient des travaux	[]								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></div>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Docteur Salma CHERQUI
EL OUAZZANI
Spécialiste en Hématologie Clinique
Maladies du sang, des ganglions
et de la rate, Chimiothérapie,
Greffé de moelle osseuse

Sur Rendez-vous

الدكتورة سلمى الشرقي
الوزاني
اختصاصية في أمراض الدم السريرية
المعالجة الكيميائية
زرع النخاع العظمي

بالموعد

Casablanca Le : 14/07/21 الدار البيضاء في :

N^o. Harmony . Abdelmajid.

63.5042

Cur AML 500



T=33.3° 19/7/21

2j - repos 1j - 2j - repos 1j - 2j - repos

Dr Salma CHERQUI
Spécialiste des Maladies du Sang
17, Avenue Bachir Laalaj, Bd. Abdelmoumen
Tél: 0522 99 53 71



valable 3 mois

Le 14.07.2021.

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : Dr. Cherqui Salma.

Certifie que Mlle, Mme, M. : HALMONY ABDELMAJID

Présente une Hémopathie (agudisme myéloprolifératif).

Nécessitant un traitement d'une durée de : indéterminée.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) CURA ML + adjuvant.

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. Salma
Spécialiste des maladies
17, Angle Rue Bachir Lalej et Ben Abdellah
Tél: 0522 99 53 71