

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

89733

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2606

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAYINA SIMA

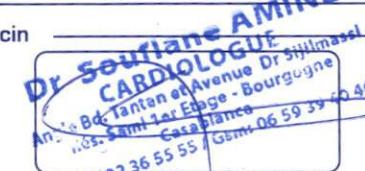
Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2011

Nom et prénom du malade : Tayi NGIMAG

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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.

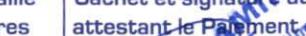
Fait à :

Le : / /

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
05/10/22	S + ECG		300,00	 Dr. Soufiane Aït Hammoudeh CARDIOLOGISTE Anc-1a Bd. Talien et Avenue des Aïdes, semi 1er étage - Casablanca Tél: 0523 36 55 55 / GSM: 06 59 39 40 40
T B P			P	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
ABLANCA DARLAN 22 22 18 22 22 18 22 22 18 22 22 18	22 22 18 43	68.60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 des soins.

Important :

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

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		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[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. AMINE Soufiane
Spécialiste en cardiologie
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان
أخصائي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca 05/10/2021



Mme TAYI Naima

BIPRETERAX 5/1.25 MG

2 comprimé le matin, pendant 3 mois



ZOEGAS 20 MG

1 comprimé 1/4 heure avant repas * 2/j, pendant 3 mois

ZYLORIC 200

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

201. ~~99 - 602.0~~



DAFLON 1000

1 comprimé midi apres manger, pendant 3 mois

RÉGIME PEU SALÉ

PHARMACIE MOUTRANE
189, RUE TAfilalet
CASABLANCA
TEL : 05 22 22 18 45

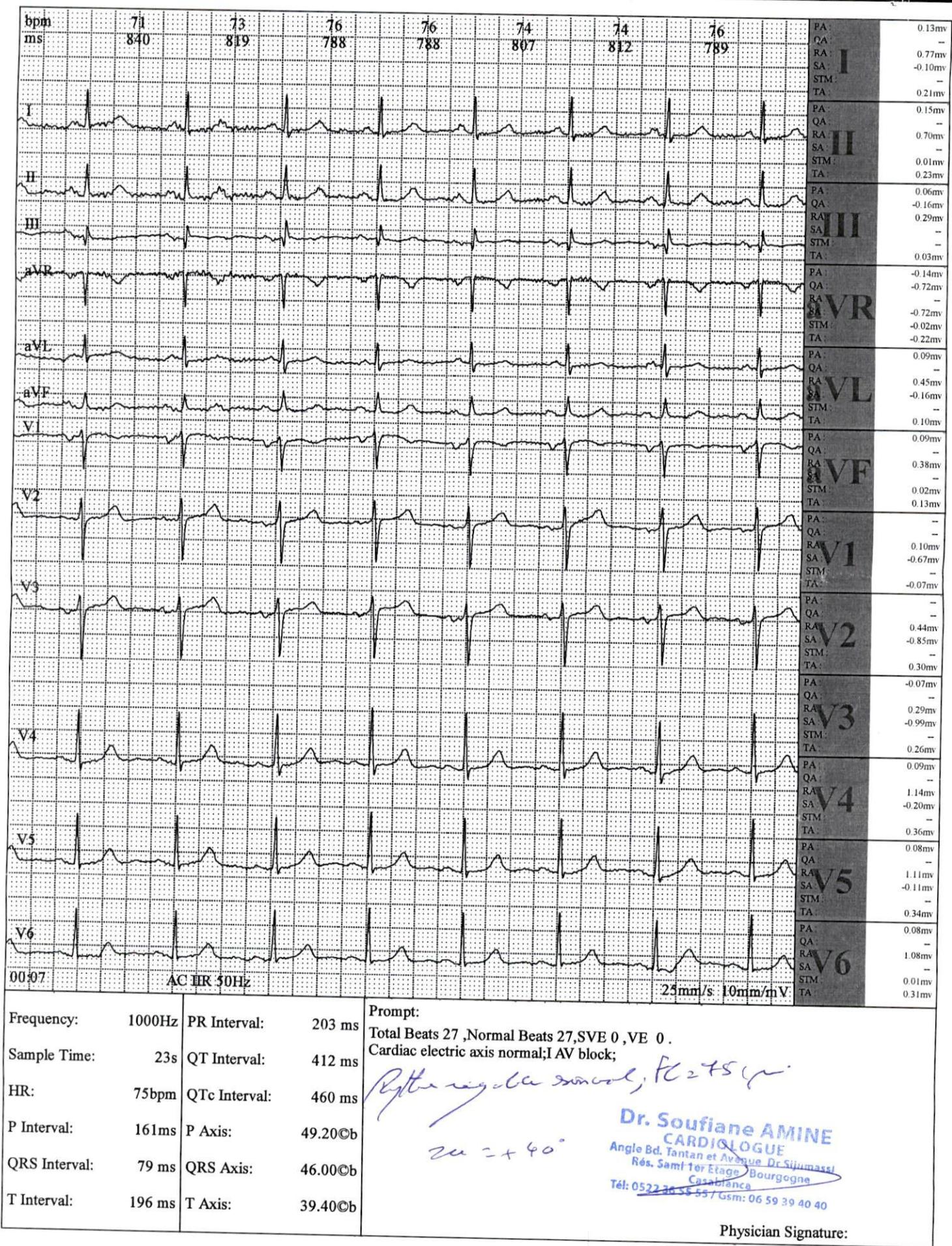
PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 27/12/2021 A 11H POUR CONSULTATION

546.50

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 40



Name: NAYI NAIMA
 Sex: Female Age: 55 Clinic No.: 0010535 Section:
 ECG Case No.: 5555555555 Bed No.: 5 Date: 05/10/2021



Dr. Soufiane AMINE
 CARDIOLOGUE
 Angle Bd. Tantan et Avenue Dr. Sijumassi
 Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
 Casablanca
 Tél: 0522 36 55 55 / GSM: 06 59 39 40 40

Physician Signature: