

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 à caractère personnel.

-116426-

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6272	Société :	RIM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BONTIBA ISSAM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 88 11 86 23	Total des frais engagés :	1249,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>"COMPLEMENT"</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SOUKRATI KAIMA Age: 58 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : Casablanca

Le : 25/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

06 49826523

feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (donnances médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Le prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux renseignements transmises.

feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le dernier acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et les maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Une personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions disciplinaires et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la OPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Il faut également fournir une copie de toutes les pièces justificatives originales (dossiers médicaux, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Il faut écrire le nom complet du patient traité sur la feuille de soins.

Il faut également fournir une copie des instructions particulières spécifiques aux médicaments prescrits.

Il faut également fournir une copie de toutes les pièces justificatives originales (dossiers médicaux, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le montant de la réclamation sera basé sur la tarification nationale de référence.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions disciplinaires et réglementaires.

Le remboursement est subordonné au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

Signature et tampon de l'assuré

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

N° Bordereau : Partie réservée à l'assuré(e)

N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : رقم الانخراط :

SOUIGRATT ASMA 185717

..... رقم التسجيل :

932606884

..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

J198316

..... علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : العنوان :

Adressse : Hay Layyouni, route Hay Layyouni A, Montant des frais (Dhs) : 185930

Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : SOUIGRATT ASMA

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

..... الاسم العائلي والشخصي :

..... تاريخ الإزدياد :

..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

..... الجنس :

Identification du médecin traitant

N° INP : Spécialiste des Malades du Coeur

et des Malades du Sang

.....

Type de soins : Les Malades du Coeur et des Malades du Sang

.....

Admission ALD* : Oui Non

..... قبول المرض المزمن :

..... رقم ملف المرض المزمن :

..... رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* علاجات خارجية* Pli confidentiel remis* : Oui Non

Hospitalisation* استشفاء Date d'hospitalisation : تاریخ الاستشفاء :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

..... الاسم العائلي والشخصي :

..... تاريخ الإزدياد :

..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

..... الجنس :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني للهيئة للمهارات

..... ET DES MALADIES DU COEUR

.....

..... نوع العلاجات

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca حرر في :

le : 28/03/2022 في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca حرر في :

le : 28/03/2022 في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

- تحضيط القلب • فحص القلب بالصدى • فحص الضغط الدموي • تحضيط القلب بالهولتير • فحص اختبار الجهد
- Electrocardiogramme • Echocardiographie Doppler • MAPA • Holter-ECG • Epreuve d'effort

Dr. MOHAMED MEHDI ALOU

SPÉIALISTE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAU

د . محمد المهدى العلوي

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca, le : 23 MARS 2022 الدار البيضاء، في :

PHARMACIE TILIA
Voie d'Amphion - Bld HH 47 N° H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 81 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE 00155156600078 - IF: 40155060

185,20x3

114,10x3

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pelli b30
P.P.V: 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pelli b30
P.P.V: 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pelli b30
P.P.V: 114,10 DH
6 118001 183104

50,70x3

Cardensiel
6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
7862160246

999,30
Dr. Moulay Thami, N° 141 Bd HH24 - Appt 6-1er étage (Rond point George) El Oulfa - Casablanca

مولاي التهامي، الرقمن 141، شقة 6 الطابق الأول (مدار جورج) الولفة - الدار البيضاء

05 22 01 34 34 - Urgences : 06 16 50 82 74

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

1's

1's

1's



Remboursements



PAYE



12/05/2022

2 dossiers | 1,324.49 DH ▾

N° dossier

73413682

Mode de paiement

Virement

Bénéficiaire

SOUGRATI ASMA

Frais engagés

1249.3 DH

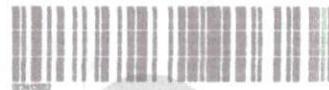
Remboursé

1180.4 DH

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



MME SOUGRATI ASMA
LOT IBN KHALDOUN 2 RES
LAIMOUNE 01 APPT 04
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 73413682 Date et heure : 29/03/2022 08:42

Nom et prénom Assuré : SOUGRATI ASMA

Immatriculation : 93606284 / 090127263

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SOUGRATI ASMA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90158

Valeur en Dirhams : 1.249.30 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE398

Nom Etablissement :

Nom : **Sougrati**
Prénom : **Asma**
IDP : **347 E**
Visite : --
Date : **23.03.2022**
Heure : **12:44:12**
ID demande :
Remarques :
Traitement :

Né le : **01.01.1964**
Sexe : **Féminin**
Taille : -- cm
Poids : -- kg
PA : -- / -- mmHg
Origine : **Non défini**

FC : **73 /min** RR : **827 ms**
Axe P : **50 ° P :** **128 ms**
Axe QRS : **24 ° PQ :** **199 ms**
Axe T : **40 ° QRS :** **80 ms**
QT : **375 ms**
QTc : **412 ms**

Validé par :
Rythme sinusal
Axe électrique normal
ECG normal

Dr. Reinhard Montag MD
Spécialiste des Maladies du Coeur
Cardiologue et Cardiostimulation
Cardiologe et Cardiostimulation
Tél. 041 22 54 34 • 041 22 53 11 • 02 71

Émetteur de la

