

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

1252ws

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamal El ARAB, Tahseen

Date de naissance : 1953-06-01

Adresse : 10 Hay Fakhar

Tél. 06 559 08 23

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Almoula Dr. Elmoula 6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid Tél: 0522 00 26 52 Casablanca INPE: 892049451 - ICE: 0020720660035	4/8/22	908, 30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES		DEVIS		EXECUTION	
Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat-R.P.1. Ain sebaï Casablanca Corvasal 2 mg, cp b 30 P.P.V : 46,70 DH		Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat-R.P.1. Ain sebaï Casablanca Corvasal 2 mg, cp b 30 P.P.V : 46,70 DH		Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat-R.P.1. Ain sebaï Casablanca Corvasal 2 mg, cp b 30 P.P.V : 46,70 DH	
 6 118001 080335		 6 118001 080335		 6 118001 080335	
SOINS DENTAIRES		* VIGNETTE		* VIGNETTE	
ALTIAZEM® 60 mg <input checked="" type="checkbox"/> 50 comprimés PPV 89DH		ALTIAZEM® 60 mg <input checked="" type="checkbox"/> 50 comprimés PPV 89DH		ALTIAZEM® 60 mg <input checked="" type="checkbox"/> 50 comprimés PPV 89DH	
KARDEGIC 75MG SACHETS B30 P.P.V : 30DH70		KARDEGIC 75MG SACHETS B30 P.P.V : 30DH70		KARDEGIC 75MG SACHETS B30 P.P.V : 30DH70	
6 118000 061847		6 118000 061847		6 118000 061847	
D'EXECUTION		D'EXECUTION		D'EXECUTION	
PPV : 20,00 Exp : N° Lot :		PPV : 20,00 Exp : N° Lot :		PPV : 20,00 Exp : N° Lot :	
PPV : 20,00 Exp : N° Lot :		PPV : 20,00 Exp : N° Lot :		PPV : 20,00 Exp : N° Lot :	
PPV : 20,00 Exp : N° Lot :		PPV : 20,00 Exp : N° Lot :		PPV : 20,00 Exp : N° Lot :	
DATE DU DEVIS		DATE DU DEVIS		DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION		DATE DE L'EXECUTION		DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					



PHARMACIE LES PYRAMIDES

6 bis. Bd Abderrahim Bouabid

R.C :303606

Patente:36030170

TVA

C.N.S.S:6702600

Tél : 0522992652

Le 04/08/2022

FACTURE N°196976

N° ICE : 002072066000035

N° IF : 51500149

ABDDAIMI NAJAT

Pharmacie les Pyramides
GHANDAF
Dr. Elmoustapha
6, Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 02 Casablanca
INPE: 092009851 ICP: 06 077066000035

REMISE GLOBALE :

BRUT TTC 908,30 - Remise 0,00 = **NET TTC** 908,30

44-104

TVA 20% Base :

Montant

Nombre d'Articles : 4

TVA 7% Base :

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Neuf Cent Huit Dirhams et 30 centimes.*

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Nom et prénom : Jamal El Aneb Tahseen

Matricule : 4651

N° CIN : B.379105

Adresse : 56 Bd Abderrahman Bouabdellah Hay Fesha

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Laâmani Nouria Spécialité : cardiologue

N° ICE : 0 02366 1800000 56 N° INPE : 0912 45 62 1

Certifie que Mlle, Mme, M. : Allal Ben Abdellah

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

pont coronarien + maladie de la coartt

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : corosol - Alitriazé 60 - Nordegic.
Natispray - ontron

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : casablanca le 08/07/2022.

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Laâmani Nouria
Cardiologue
Appliquant la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel
Casablanca, le 08/07/2022

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées