

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 146.51

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Tamal El Ghrib Lekseur

Date de naissance :

19.53

Adresse :

56 Bd Abderrahim Bonduki

Tél. :

05 22 55 59 08 37 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 :

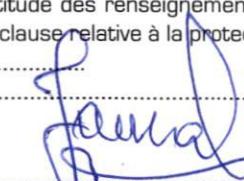
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

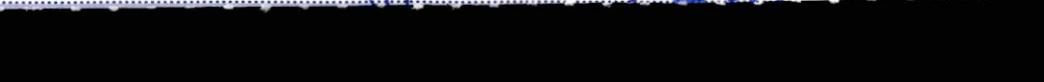
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



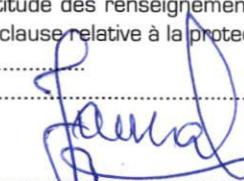
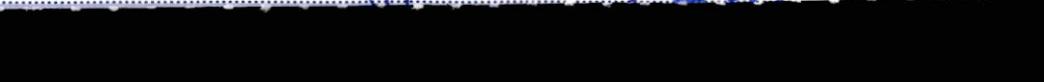




Déclaration de Maladie

Nº M21- 0010889

127738

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
	<input type="checkbox"/> Autres		
<p>Cadre réservé à l'adhérent (e)</p> <p>Matricule : <u>146.51</u> Société : <u>R.A.M.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Nom & Prénom : <u>Tamal El Ghrib Lekseur</u></p> <p>Date de naissance : <u>19.53</u></p> <p>Adresse : <u>56 Bd Abderrahim Bonduki</u></p> <p>Tél. : <u>05 22 55 59 08 37</u> Total des frais engagés :</p>			
<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation :/...../.....</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Fait à : Le :/...../.....</p> <p>Signature de l'adhérent(e) :</p> <p></p> <p></p> <p></p>			

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 du CAF Mme CHAOUI SAMIRA 1 Rue Al Oukhbane - Beauséjour Casablanca - Tel 05 22 39 59 73	30-8-82	795,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

 <p>Le 6 118001 100859 Cardensiel® 2,5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 Impr. PPV: 50,70 DHS</p>		 <p>6 118001 100859 Cardensiel® 2,5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 50,70 DHS</p>													
<p>UT. AV. : 31/2025 LOT N° 103140 40 FW 7215</p>		<p>UT. AV. : 01/2025 LOT N° 103140 40 FW 7215</p>													
<p>111,10</p>		<p>125,60</p>													
<p>111,10</p>		<p>111,10</p>													
<p>FIN D'EXECUTION</p>															
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>															
<p>MONTANTS DES SOINS</p>															
<p>DATE DU DEVIS</p>															
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>															
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	21433552	D	00000000	D	00000000	H	35533411	G	11433553	B		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	
H	21433552														
D	00000000														
D	00000000														
H	35533411														
G	11433553														
B															
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>															

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *Jamal El Araf Lahrissi*

Matricule : *4651*

N° CIN : *B 379 N°5*

Adresse : *56 Bd Abderrahim Bourabbi Hay Errachidia*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Latami Meriam* Spécialité : *cardiologue*

N° ICE : *002366 18000056* N° INPE : *094245 621*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jamal El Araf Lahrissi*

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 :

M. Jamal El Araf Lahrissi a fait un passage coronarien

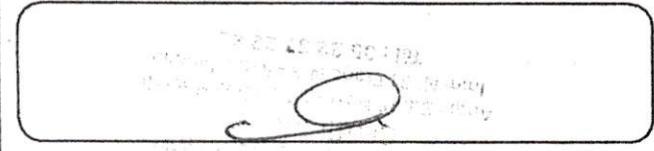
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *cardiologue, Buprathéros, cardentol, Tabex ou LDNO 20.*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *08/07/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :



*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

PHARMACIE DU C.A.F.

CHAoui AKOUZ Samira
Docteur en Pharmacie

*1, Rue Al Oukhouane
Beauséjour - Casablanca
Tél.: 022.39.89.73*



صيغة المعاشر

الشاوي أكوز سميرة
دكتورة في الصيدلة

1، شارع الأقحوان،
موسيجور، الدار البيضاء
الهاتف: 022 39 89 73

FACTURE № 001992

M. : Fatma El Arab Fakher Casablanca, le : 20.08.2022 Doit

Casablanca, le :

*Permanence of the Li^+ salt
in the anion exchange membrane
of a Li^+ battery*