

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00782

Société :

128139

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAITA Mohamed

Date de naissance :

Adresse : Rue 30 N° 24 HAY ADIL

Tél. : 06.67.04.80.50 Total des frais engagés : 726,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 JUIL. 2022

Nom et prénom du malade : MOUATCHOU Fati Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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 : _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : Haita

8

*CHAP 11 Said
11 Anvers
16/04/46*

Déclaration de Maladie

M22- N° 000359

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

*PROFesseur CHAPAI Said
Abdelmoumen et Anouar
Tél: 05 22 86 00 46 - 05 22 86 00 46*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 JUIL. 2022

Nom et prénom du malade : MOUATCHOU Fati Age : _____

Lien de parenté : BKA

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : _____

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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 : _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : Haita

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le caractère légitime des Actes
06 JUL 2012	Actes	6-6-66	300,000	Professeur M. BIBI CARDIOLOGUE Abdelmoumen El Anoual Ets Casa Tél: 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/22	126,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 2px;">H</th><th style="padding: 2px;">H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: right;">25533412</td><td style="padding: 2px; text-align: left;">21433552</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: right;">00000000</td><td style="padding: 2px; text-align: left;">00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 10px;"></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: right;">D</td><td style="padding: 2px; text-align: left;">G</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: right;">00000000</td><td style="padding: 2px; text-align: left;">00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 10px;"></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: right;">35533411</td><td style="padding: 2px; text-align: left;">11433553</td></tr> </tbody> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000			D	G	00000000	00000000			35533411	11433553
H	H																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saïd CHRAIBI

Professeur en Cardiologie
de la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



الدكتور سعيد الشرايبى

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - البولطير - الفحص بالجهد

Casablanca le :

06 JUL. 2022

Dr. Montdieu Fatma -

27,20 x 3

of Cardio Aspirin

0 - 1 - 0

114,30 x 3

of Di pregar

1 - 0 - 0 -

305

126,00

Professeur CHRAIBI Said
CARDIOLOGIE
Abdelmoumen Center Angle Bd.
Abdelmoumen et Anoual Etg.5 Casa
00 46 05 22 86 04 46

مركز عبد المؤمن - تقاطع شارع عبد المؤمن وشارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى المدينة)، الدار البيضاء
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5^{ème} étage, n° 501 (au dessus du café Al Medina), Casablanca

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Tél/Fax : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

الهاتف / الفاكس : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



PPV 114DH30
PER 05/25
LOT L1698

DIPREZAR®

Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118 000 04 1658

PPV 114DH30
PER 04/25
LOT L1501

DIPREZAR®

Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118 000 04 1658

PPV 114DH30
PER 05/25
LOT L1698

DIPREZAR®

Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118 000 04 1658