

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

- 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-685182

146443

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05488

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BENBOUHIA Mohamed

Date de naissance : 20/05/1966

Adresse : A. T

Tél. : 061618183

Total des frais engagés : 1891,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 : 23/01/2023

25 JAN. 2023
ACCUEIL

23/01/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

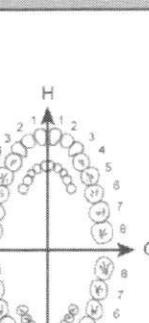
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
 Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
 Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
 Coro-Scanner / 128 barrettes

Le 21/12/2021.

الدكتور محمد علاوي
 Dr. Mohamed ALLAOUI
 CARDIOLOGUE
 DES de Cardiologie
 et
 Pathologie Vasculaire
 de la Faculté
 de
 Médecine de PARIS
 Ancien Interne
 des
 Hôpitaux de NANCY
 Membre de la Société
 Française de Cardiologie

LOT 221173
 EXP 04 2026
 PPV 46.70 DH

45,70

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable -Boîte de 30
 Prix : 72,80 Dhs
 Pharmacien Responsable :
 Amina Daoudi
 6 118001 103003

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable -Boîte de 30
 Prix : 72,80 Dhs
 Pharmacien Responsable :
 Amina Daoudi
 6 118001 103003

MR Ben bennich - Ned
 270.00 x 2 = 540.00
 - Coplax 751 doses q.
 0 - 1 - 0
 261.00 - Crestor 20 mg 30
 0 - 0 - 1
 269.00 - Coveran 401 doses
 0 - 0 - 1
 46.70 - Zolant 100 mg 91
 1 - 0 - 0
 65.70 - Bipril 20 mg 98
 0 - 1 - 0
 419.00 - Forxiga 40 mg 200
 1 - 0 - 0
 144.50 - Escal 20 mg qd
 0 - 0 - 0
 72.80 x 2 = 145.60
 - - - 0 - 0
 145.60 - - - 0 - 0
 10 x 2 = 20
 1891.50

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Coplax 75mg/100mg
 b30 cp
 P.P.V : 270,00 DH
 6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Coplax 75mg/100mg
 b30 cp
 P.P.V : 270,00 DH
 6 118001 082018

Maphar
 Bd Alkima N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 20mg cp b30
 P.P.V : 261,00 DH
 6 118001 183128

PHARMACIE ACH-CHARAF
 Dr. Bouchra TAQUIDI
 Coopérative Ach-charaf N° DM2
 Hay Inara Haddaouia Casablanca
 Tél.: 05 22 21 64 09

Maphar
 Bd Alkima N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 40 mg cp b28
 P.P.V : 419,00 DH
 6 118001 185023

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
 CASA-OASIS
 Consultation
 Rue de France Ville - Casablanca
 Tel: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25

Dr. Mohamed ALLAOUI
 Cardiologue
 28, Rue France Ville - Oasis
 Tel: 05 22 98 07 06