

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 : 600782

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAITA M. Hammed

160371

Date de naissance :

Adresse : Rue 36 N° 24 Hay ADIL Casablanca

Tél. : 06.67.04.80.50 Total des frais engagés : 15.98,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/03/20

Nom et prénom du malade : HAITA M. Hammed Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :



Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

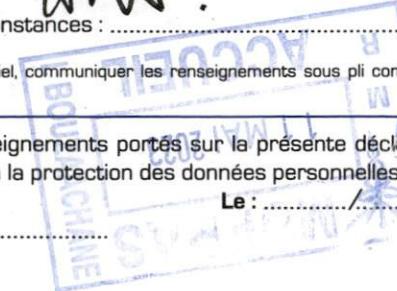
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
12.05.23	05-054	303,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/03/2023	1298,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr. Saïd CHRAÏBI

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 - Échographie Doppler
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



الدكتور سعيد الشرايبي

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين
و إرتفاع الضغط الدموي

الشخص بالصدى - الهولطير - الفحص بالجهد

Casablanca le : 13 MARS 2023

ff. Hanka 1^{er}
~50.00 x³



Necklace 1^{er}
0-0-1



R. 2,70 x³
2

hesan 1^{er}
1-0-0



Zay N2 98.10

professeur CHRAÏBI Said
CARDIOLOGIST

مركز عبد المومون، تقاطع شارع عبد المومون وشارع انواك، 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 restaurant Le Médina), Casablanca

الهاتف الفاكس : 06 22 86 04 46 - 05 22 86 04 46

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 Tel/Fax : 06 22 86 04 46 - 05 22 86 04 46

350,00

Rexaban® 15 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072652

350,00

Rexaban® 15 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072652

350,00

Rexaban® 15 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072652

PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV: 82DH70
PER: 01/26
LOT: M135-2

PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV: 82DH70
PER: 01/26
LOT: M135-2

PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV: 82DH70
PER: 01/26
LOT: M136