

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

— COMPLÉMENTAIRE —

Déclaration de Maladie

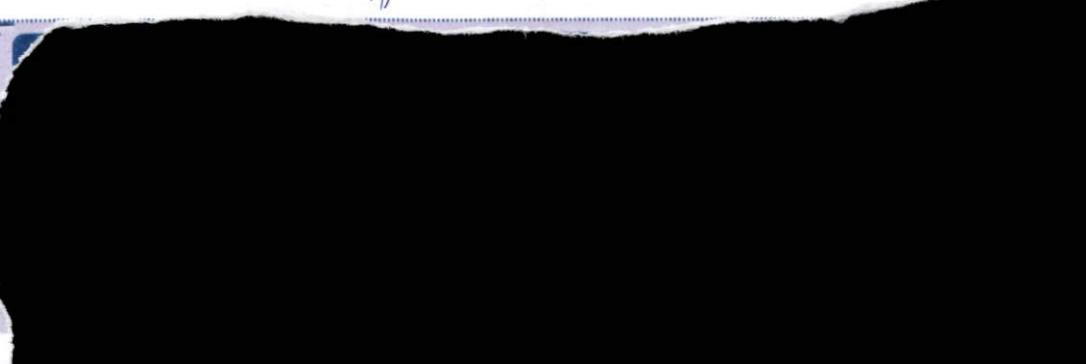
Nº W19-562614



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1391</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>A 61082</u>
Nom & Prénom : <u>SOUALY Mohamed</u>			
Date de naissance : <u>01-01-1952</u>			
Adresse : <u>Jnane californie , saphir 4 Apt 18</u>		<u>Ain Chock Casablanca</u>	
Tél. : <u>06 59 911 671</u>		Total des frais engagés : <u>180.90</u> Dhs <u>181.90</u>	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>01-02-2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ZIATT Amna</u> Age : <u>65 ans</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : J. Soualy



Description des actes effectués

GIM-10

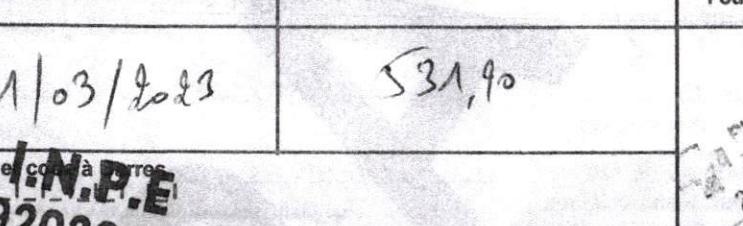
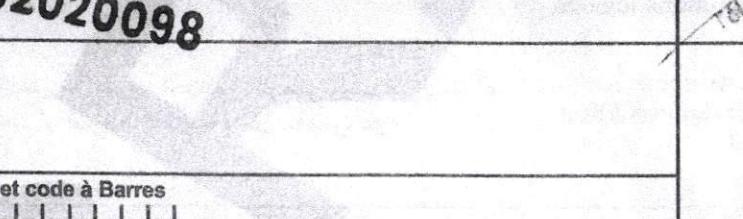
Actes Paramédicaux

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصور و عة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

الموعد والبيانات المقدمة في إصدار أو تعيين المعدات	البيانات المقدمة في إصدار أو تعيين المعدات	بيانات التجهيزات
التاريخ التمهيدي Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	Signature et Cas Fournisseurs
01/03/2023	531,90	
INPE et code à Barres 092020098		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité



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

Casablanca, le 01 Mars 2023

Mme ZIATT Amina

Atacand 8 mg 1cp/j

✓

D-Cur Fort 1amp/15 jour (3boites)

✓

531,90

531,90



Traitement de 3 mois

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville oasis - casa
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE CASA - OASIS
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
20, Rue de France Ville oasis - casa
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25

Président :
Mme LAFRICA SAWA
255, Avenue 33 17 - Casablanca
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25



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

Casablanca, le 01 Mars 2023

Mme ZIATT Amina

FACTURE N° 00592/2023

Date	Désignation	QT	Montant
01/03/2023	Consultation Cardiologique	1	250,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			250,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Deux cent cinquante Dirhams (250,00 dhs)

DR ALAOUI Moutamed
Cardiologue Interventionnel

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25