

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricle : <u>7662</u>			
Société : <u>RAM</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : <u>SAHRAOUI KHALID</u>			
Date de naissance : <u>27.06.1969</u>			
Adresse : <u>Hay chifa, Rue 13, Reg. El Baraka</u>			
N°16, Casablanca			
Tél. : <u>06-61-57-16-45</u>			
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr SABOR Hicham Cardiologue 404,bd El Qods Etg 2 Appt N 9 Casablanca INPE : 131225880 </div> <p>Date de consultation : <u>20/04/2023</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>SAHRAOUI</u></p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même</p> <p>Nature de la maladie : <u>HTA</u></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>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  MUPRAS Compte _____ enfant M _____ ACCUEIL KH. HICHAM 23 MAI 2023 </div>
---	---

I'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
 à pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles
23 MAI 2023 - 104 / 2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/04/23	Ca		300,00	INP : Dr SABO HICHAMI Cardiologue 204, bd El Gida Etg 2 App 100 Casablanca 052225880

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/23	92,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

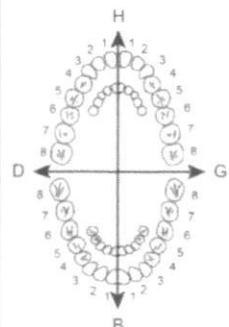
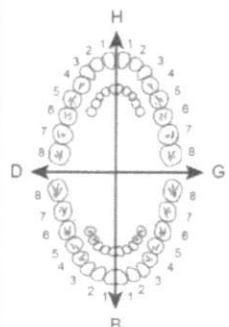
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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													
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Dr. SABOR Hicham
Cardiologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancien Médecin Militaire,
Commandant à l'Hôpital Militaire
d'Instruction Mohammed V -Rabat-



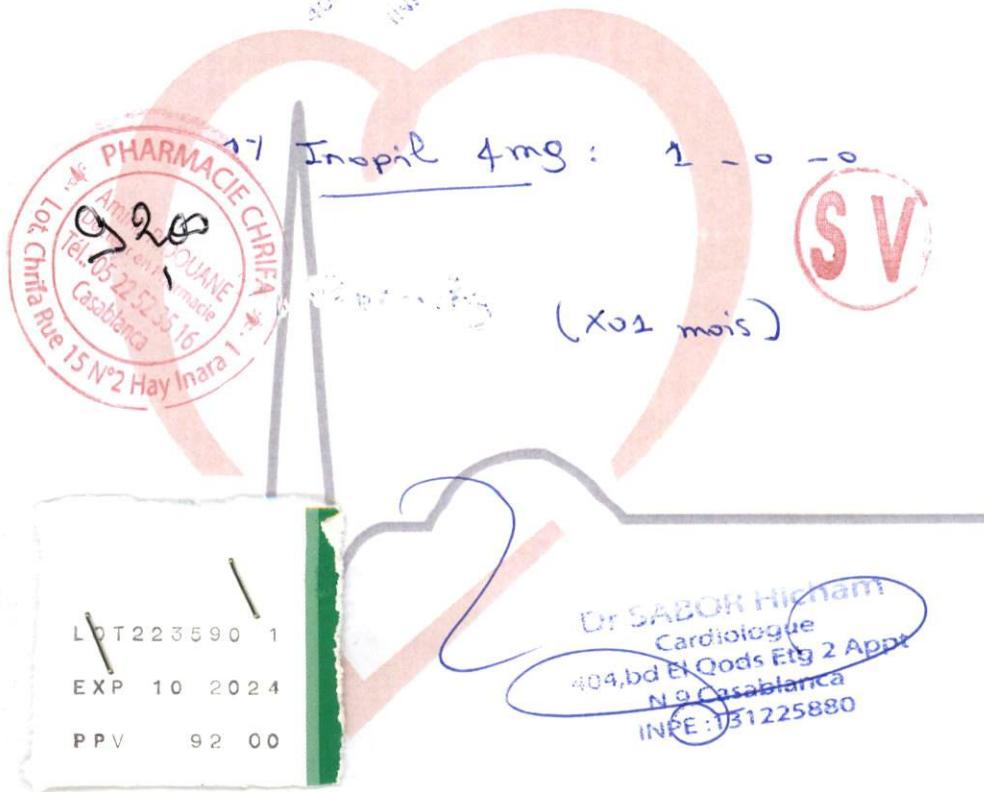
الدكتور صبور هشام

تخصص أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيب عسكري ضابط سامي بالمستشفى
ال العسكري محمد الخامس بالرباط(سابقا)

Fait à : 404,bd El Qods Etg 2 Appt
Le 20/04/2023

Nom & Prénom / SAHRAOUI Khalid.



05 22 50 51 06 / 06 24 24 12 29

شارع القدس إقامة السكن الأنيق تجزئة الصفا عمارة 404 الطابق الثاني مكتب رقم 9 عين الشق الدار البيضاء
404 Bd Al Qods, Res Assakane Anik, lotissement SAFA, Etage 2, Bureau N° 9 -Casablanca- Ain Chok

✉ Dr.saborhicham@gmail.com