

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-785738



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 4725 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bernard KARIM BAGHDAD

Date de naissance : 28/12/59

Adresse : 104 Rue Bachir Ben Khair

Tél. : 066 372 706

Total des frais engagés : 600,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :



Nom et prénom du malade :

Age :

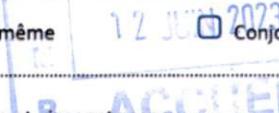
Lien de parenté :

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 : / /



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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Bouchra Rue 22 N° 36 Hay El Mana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24	09.05.2013	600,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

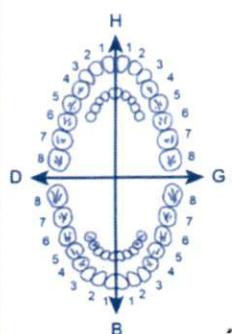
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

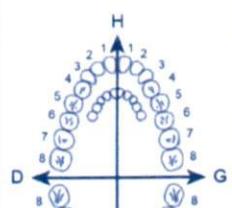
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
-----------------	----------------	------------------	-------------	----------------------------



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

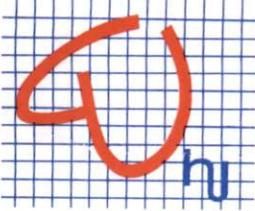
Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

09 MAI 2023

الدكتور حسن جامي

أمراض القلب والشرايين

Dr. Hassan JAMMI

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

A *Fibro Card 180* *Hinole*

~~100 100 x 6~~

~~600,00~~ *Fibro Card 180*



PHARMACIE EL JAOUFI
Dr. JAOUFI Bouchra
Rue 22 N° 30 Hay El Hana
Casablanca
Tél.: 0522 39 91 24

(06 85)

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra Casa
Tél. 0522 39 31 01 - Fax. 0522 36 79 35
INP : 091080218
ICE : 001698149000061

GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35

Fibrocard®



FIBROCARD 180 mg
30 gélules
Réimmatable AMO



FIBROCARD 180 mg
30 gélules
Réimmatable AMO

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 21D29 3
EXP 04 2025
PPV 100.00 DH

Voie Orale

Fibrocard®

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 21D29 2
EXP 04 2025
PPV 100.00 DH

Voie Orale

Fibrocard®

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 21D29 3
EXP 04 2025
PPV 100.00 DH

Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 21D29 3
EXP 04 2025
PPV 100.00 DH

Voie Orale

Fibrocard®

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 21D29 3
EXP 04 2025
PPV 100.00 DH

Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 21D29 3
EXP 04 2025
PPV 100.00 DH

Voie Orale



FIBROCARD 180 mg
30 gélules
Réimmatable AMO



FIBROCARD 180 mg
30 gélules
Réimmatable AMO