

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-688082

168197

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	597	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	venne NAOUFI A. Pomed
Nom & Prénom : YALLOU Achz			
Date de naissance :			
Adresse : Bd Mehdi Ben Barka N:53 Bougelfane			
Tél. :	0661455263	Total des frais engagés :	300 + 3164 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	29/05/2023
Date de consultation :	29/05/2023
Nom et prénom du malade :	Dr YALLOU Achz
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	AVC ischémique
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	13 JUIL 2023
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 : 25/05/2023

Le : 13/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
29/05/83	5500	3000	3164,60	INP : 911129001 Dr G. Alain LOUILLER Ste PHARMACIE LOUILLER 10 Rue de la Gare Quartier EP. Casablanca Date : 29/05/83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr G. Alain LOUILLER Ste PHARMACIE LOUILLER 10 Rue de la Gare Quartier EP. Casablanca	29/05/83	3164,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

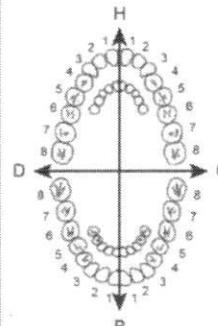
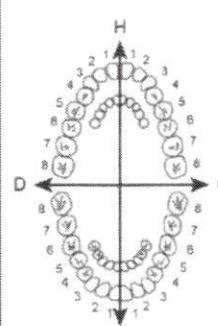
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :															
																			
																			
ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25633412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			
H	25633412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
G																			
B																			
				Coefficient DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
				Coefficient DES TRAVAUX															
				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

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خرج كلية الطب بليل

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا



350,00

350,00

350,00

350,- 24

Cabinet de Consultations

et d'Explorations Cardio-Vasculaires

29105kz

BOTTU SA
PPV: 97 DH 90

BOTTU SA
PPV: 97 DH 90

BOTTU SA
PPV: 97 DH 90

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

LOT : 22E002
PER.:06.2024

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

LOT : 22E003
PER.:06.2024

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

LOT : 22E003
PER.:06.2024

STÉ PHARMACIE LOUBI
Boulevard EP. Alami
6 Quartier Laabla
314 - Casablanca

Docteur Ahmed SETTI

À consommer de préférence avant le :

Lot : 22E-01667

Av : 07/2025

PPC: 89 DH

HYPHADIEF,

Rue de la Foire Internationale - A côté de l'Hôpital Mly Youssef)

Résidence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1er

Tel : 05 22 20 35 84/88 -

E-mail : cardiosetti@yahoo.fr

PPV: 250,00 DH



PPV: 250,00 DH



PPV: 250,00 DH



250,00

63,30



PPV 63,30

20004 63,30 25



63,30

P.P. 63,30
20004 63,30 25



63,30

20004 63,30 25



63,30

20004 63,30 25

