

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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Hassan II - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 22 22



Déclaration de Maladie
M23-0018470

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3564

Société : RING

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASSABI OUAFAA

Date de naissance : 01/12/1958

Adresse :

Tél. : 06311594486

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age:

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :



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 : 04/10/2013

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DI-LABORATOIRES 103, AV. HESSEIN, 30 TUNISIE	05/10/83	401,90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). Landmarks include H at the top, D on the left, G on the right, and B at the bottom. The arch is oriented with the upper teeth pointing upwards and the lower teeth downwards.

LE PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DU PARC

Madame LATIFA TAHIRI
Pharmacien Diplômée de la Faculté de Paris

123, Avenue Hassan II - Tél : 0522-22-11-29 / 0522-22-96-18

R.C. 129140
CASABLANCA

Mme Latifa KASSABI Casablanca le : 05/10/23 Doit

1	10 - Aprovel 300/12,5	239,00
1	1 Auep 5mg 28cp	49,40
1	1 Hyperium cp	113,50
		<u>401,90</u>

Arrêtée la présente à la
somme de quatre cent
en dirham et 90 centimes

PHARMACIE DU PARC
123, AV. HASSAN II - CASABLANCA
Tél: 0522-22-96-18
0522-22-96-18

Docteur Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo/Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient:

Mostafa
Dr. Soufia

Casablanca, le 02 Août 2023

1. Co - aroval 300/120
1 cp mat
1 cp Sri
2 - AM El sup
1 cp mat
1 cp Sri
3 * Hypertension 140
101

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca, E-mail: cabinetssoulami@gmail.com
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96
CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922

Alprazolam
1/2g le sr

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Moulay El Maâni
Tél: 22.18.84/26.10.36 - CAS