

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.

MUPRAS



Déclaration de Maladie

N° W19-479203

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule

3218

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

BELUITO ZAINA

Date de naissance

Adresse

Tél

0661389586

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Age

Lien de parenté

Lui-même

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)

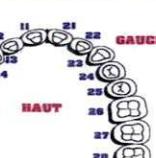
Le : / /

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

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

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux															
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	D	H			25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	
D	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	<p style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	Montant des soins															
		Date du devis															
		Fin de															

VOLET ADHERENT **NOM :**

Mile

DECLARATION N° W18-405194

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
---------------	----------------	------------------------

durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les documents identificatifs exigés par la Mutuelle.



W18-40519

DATE DE DEPO

...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3218
Nom & Prénom	Beljord Fazeh	
Fonction : AEE net	Phones : 066138955	
Mail	beljord@smaré.com	

MEDECIN	Prénom du patient			<i>Béatrice Grineb</i>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	64 ans	Date
Nature de la maladie			Date 1ère visite		

HFA + DMSO + DMG + portugese corona

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé de honoraires

Certificat 300,00

PHARMACIE Date 19/08/19

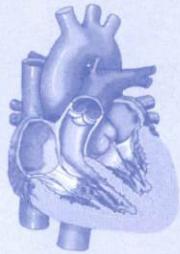
423.10 dk

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue

Diplôme d'échocardiographie (Trans thoracique,
Transoesophagienne, Stress echo
Cardiologie Pédiatrique) à BORDEAUX
Echo Doppler vasculaire (LILLE)
Holter (tensionnel et rythmique)

الدكتور صالح الدين رقيم

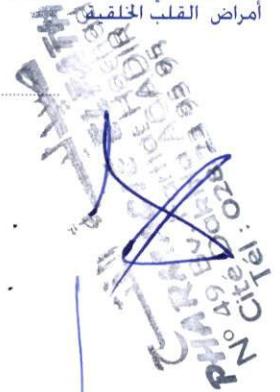
إختصاصي في أمراض القلب والشريان
طبيب داخلي سابقاً مستشفى ابن رشد
دبلوم الفحص بالصدى ببوردو (فرنسا)
الفحص الآلي للقلب والشريان
أمراض القلب الحقيقية



9 AOUT 2019

AGADIR LE :

7^e BEZARD. Fineb



- 1) R.F.S -
 2) Hytocard 16 mg
 1 0 0
 3) Dipicard 10 mg
 0 0 2
 4) Crestor 10 mg
 1 0 0
 5) Ihaldecar 25 mg
 0 1 0
 6) Dicem 50 mg
 0 0 1
 7) Fer pex 15 mg
 1 0 0

Votre R.D.V le : 14 AOUT 2019

Av. HASSAN II
Imm. IFRANE III
Agadir

82.00

Tél./Fax: 05 28 84 84 10

60.00

36.00

473 N°

شارع الحسن الثاني إقامة إفزان III أكادير

Dr. SALAH EDDINE RAQIM
Cardiologue Agadir Imm. IFRANE 3
Tél./Fax: 05 28 84 84 10

Dr. SALAH EDDINE RAQIM
Cardiologue Agadir Imm. IFRANE 3
Tél./Fax: 05 28 84 84 10

موعدكم يوم :

9 AOUT 2019





Docteur Salah Eddine RAQIM

الدكتور صلاح الدين رقيم

Ancien Interne du CHU IBN ROCHD
Diplôme d'échocardiographie (Trans thoracique,
Transoesophagienne). Cardiologie Pédiatrique
(BORDEAUX). Echo Doppler vasculaire (LILLE)
Holter - Epreuve d'effort



اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
طبيب داخلي سابق بمستشفى ابن رشيد
دبلوم الفحص بالصدري ببوردو (فرنسا)
الفحص الآلي للقلب والشرايين
أمراض القلب الخلقية

Nom : Salah

Prénom : Zineb

Date : 19 AOUT 2019

Av. HASSAN II
Imm. IFRANE III
(Q.I) Agadir

Tél./Fax: 05 28 84 84 10.

يصطحب عند كل إستشارة **A Reporter à chaque consultation**

شارع الحسن الثاني إقامة إفران III - أكادير

LOT 181775
EXP 11/2020
PPV 36.70 DH

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Aïn seba Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 243,00 DH



6 118001 183111

LOT : 19E001
PER : 10/2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 9MAD048
PER : 10/2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016