

Kardegic 75 + Roudji

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-493476

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1247</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>HANDI Ahmed</u>			
Date de naissance : <u>21-12-1947</u>			
Adresse : <u>Casa</u>			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dt. Mohamed BOUTADGHART Médecine Générale Médecine du Travail Médecin Expert Assermentation 132, AV. « O » Hay Falah Mly Rachid Casablanca - Tel : 0522 70 50 38 </div> 			
Date de consultation : <u>10/03/2020</u>			
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Maladie thromboembolique</u>			
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 : Casa Signature de l'adhérent(e) : Edw Le : 22-1-41-2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-493476	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <u>1247</u>	Nom de l'adhérent(e) : <u>A. Handi</u>
Total des frais engagés : <u>680,70</u>	
Date de dépôt :	

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
11/03/2020	C	150,00 M	INP : 09100318445	Dr. Mohamed BOUTADA Médecin Générale Médecin de Travail Médecin d'Assermentation Médecin de Famille Tél: 0522 70 03 38

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/03/2020	680,70

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

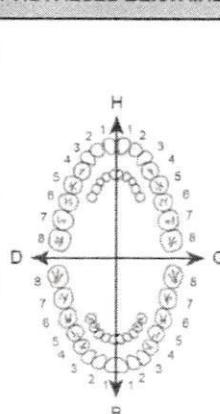
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

Dr. Mohamed BOUTADGHART
Médecine Générale

Ex. Médecin des Mines de l'ONA
Médecine Du Travail
Déplome d'Echographie de France
Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور محمد بوتاغارت
الطب العام
J. HAMDI
Ahmed

طبيب سابق بمناجم اونا
طب الشغل

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى بفرنسا
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca le 11/03/2020
الدار البيضاء في

196.20 x 3 Createur ch 5 5 5
x op 1 1 3 min
le fin atra retra

30,70 x 3 - KAR DECIC ph 25
x op 1 1 3 min

Dr. Mohamed BOUTADGHART
Médecine Générale
Médecine du Travail
Médecin Expert Assermenté
132, Av. «O» Hay Falah My Rachid
Casablanca - Tel : 0522 70 50 38

PHARMACIE HAY EL HANI
Mine. FIKRI SCUMIA
7, Marche El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tel: 05 22 54 67 49

132. شارع [أو] حي الفلاح قرب مسجد حي فلاح 05 22 70 50 38 الدار البيضاء
132. AV. [O] Hay El Falah près de la Mosquée Hay Falah - Tél : 05 22 70 50 38
Casablanca My Rachid Sidi Othman
E-mail dr-boutadghart@hotmail.com

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847