

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-530261

87 198

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 03719		Nom & Prénom : CHIHEB ABDELKADEL	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 10/03/1959		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse : INARA 1 RUE 26 N° 4 CASA			
Tél. : 06633000 48		Total des frais engagés : 297,00 dh	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 03/03/20	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : CASA 03/03/20 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-530261	
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 : 03719
 Nom de l'adhérent(e) : CHIHEB ABDELKADEL
 Total des frais engagés : 297,00
 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

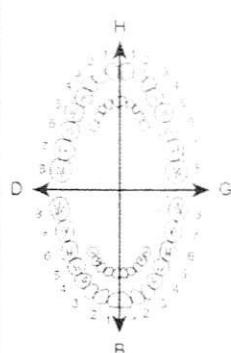
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
15530410	01433551
38000000	00000000
D	
10000000	70000000
35530411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

intervenție terapeutică necesară a la protecție.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ragbaoui yassine
Cardiologue



الدكتور ركباوي ياسين أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

Ex médecin au centre hospitalier Genevieve de Gaulle Anthonioz
Ex médecin au Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd
Diplômé en cardiologie de sport à l'université Pierre et Marie Curie
Diplômé en échocardiographie à l'université de Bordeaux
Diplômé en Cardiologie pédiatrique à l'université Paris Descartes
Diplômé en imagerie vasculaire non invasive de l'université Paris Sud

طبيب سابق في المركز الاستثنائي جينيف يقول أنتونيوز طبيب داخل سابق في المركز الاستثنائي الجامعي ابن رشد حاصل على دبلوم أمراض القلب والرئة جامعة بيرن وماري باريس حاصل على دبلوم الشخص بالصدى للقلب جامعة بودو حاصل على دبلوم في أمراض القلب للأطفال في جامعة باريس ديكارت حاصل على دبلوم في التصوير الواعي غير المدرسي في جامعة جنوب باريس

Cabinet D'explorations Cardiovasculaires
Casablanca le 03/01/2020
الدار البيضاء في

Ordonnance

CHIHEB Rochida

① 269.00 Levofrom 1 | 269.00 |

② 160.00 Takh

③ 28.00 Levothyrox 100
glucophage 1000

④ 297.00

Dr. KAGGAGL Yassine
Cardiologue
Tel: 06 42 30 17

LOT 191912
EXP 12/2022
PPV 28.00 DH

6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7852160342

Glucophage
1000 mg

TEL: 05 22

Andalous III GH 11 Résidence Jasmine Immeuble 3 Appt 5 1^{er}etage
Bouskoura Province Nouacer- Email : rghbaoui.yassine@gmail.com
Tél : 05 22 59 09 59