

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 Al Bar Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakhir et Rue Aïal 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° W19-530261

27 198

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

03719

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CHIEB ABDELKADER

Date de naissance :

10/03/1959

Adresse :

INARA 1 RUE 26 N° 4 CASA

Tél. :

0663300048

Total des frais engagés :

297,00 dh

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/03/20

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ 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) :

Achmed

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) :

CHIEB ABDELKADER

Total des frais engagés :

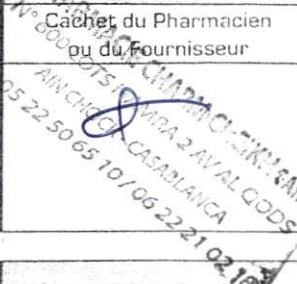
297,00

Date de dépôt :

RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/2020	297,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

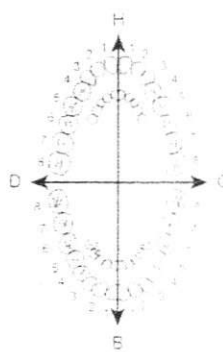
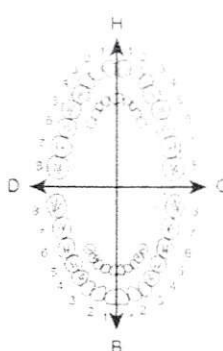
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>155,2412</td> <td>11433551</td> </tr> <tr> <td>70706000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>10000000</td> <td>70700000</td> </tr> <tr> <td>10000000</td> <td>11433551</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		155,2412	11433551	70706000	00000000	D	G	10000000	70700000	10000000	11433551	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	155,2412	11433551																
	70706000	00000000																
	D	G																
	10000000	70700000																
	10000000	11433551																
	B																	
	(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la protection			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ragbaoui yassine
Cardiologue



الدكتور رجاوي 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 الإستشفائي جينيفيف ديغول أنتونيوز
طبيب داخلي سابق في المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
حاصل على دبلوم أمراض القلب والرياضة بجامعة بيير وماري باريس
حاصل على دبلوم الفحص بالصدى للقلب بجامعة بوردو
حاصل على دبلوم في أمراض القلب للأطفال في جامعة باريس ديكرات
حاصل على دبلوم في التصوير الوعائي غير الجراحي في جامعة جنوب باريس

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

Ordonnance

7 CHIHEB Rochida

① 269.00 Lovelom 1

269.00

② 1600 1600
③ 28.00 Levothyrox 100
glucophage 1000



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

362100342

LDT 191912
EXP 12/2022
PPV 28.00 DH

glucophage
1600 mg

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