

07-67-40-11-12

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.

Radioologie 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-530263

87199



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03719

Dentaire

Société : RAM

Actif

 Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHIHER ABDELLAK

Date de naissance : 10/03/1959

Adresse : HAY INADA A RUE 26 N° 4 CASA

Tél. : 0663300048

Total des frais engagés : 654,70 Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint

Age :

 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

Le : 03/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : Achihed

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-530263

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) : CHIHER ABDELLAK

Total des frais engagés : 654,70

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA VILLE AVANTAGE 600 LOTS HAMMAGUE AIN CROCK CASAQUIN TEL:05 22 50 65 10/05 22 21 02 13	03/03/2020	654.70

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.

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			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"/>								
	<table border="1"> <tr><td>18504412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>70000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>70000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433753</td></tr> </table>				18504412	21433552	70000000	00000000	00000000	70000000	35533411	11433753
	18504412	21433552										
	70000000	00000000										
	00000000	70000000										
	35533411	11433753										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la protection												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA VIE SOUTENUE

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 الاستشفائي جينيفيف ديجول أنطونيوز
طبيب داخلي سابق في المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
حاصل على دبلوم أمراض القلب والرياضة جامعية بير وماري باريس
حاصل على دبلوم الفحص بالصدى للقلب بجامعة بوردو
حاصل على دبلوم في أمراض القلب للأطفال في جامعة باريس ديكارت
حاصل على دبلوم في التصوير العصبي غير الجراحي في جنوب باريس

Cabinet D'explorations Cardiovasculaires
Casablanca le 03/04/2020
الدار البيضاء في
Ordonnance

N^R CHIHEB AbdEKADER

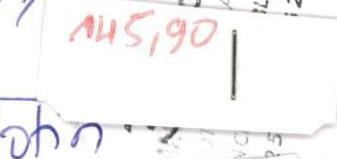
① 278,00 Coplovix 45/100 mg N 30



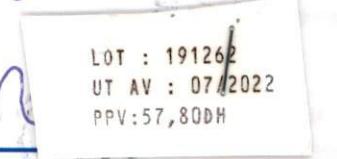
② 58,10 Cardensiel 5 mg cf N 30



③ 145,90 Loversyl 5 mg cp N 30



④ 103,40 TohoR 20 mg cp N 30



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

69,30

⑤ Notispray ⑥

6 118001 040148
NATISPRAY 0,3 mg
Solution (18 ml)
BOTTU S.A. P.R.V : 69DH30

Apres 8 mois

654,90

PHARMACEUTICAL CHEMIST
N° 6001051002AVAL GOOS
AIN CHOCK-CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

Dr. RAGBAOU Yassine
Cardiologue
Tél.: 06 42 30 32 07