

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-445911

ND: 31450

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 343

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARIF MOHAMED

Date de naissance :

01/01/40

Adresse :

157, Rue Mimosa - Hay Erraït - Casablanca

Tél. : 06 63 25 46 31

Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/12/10

Nom et prénom du malade :

ARIF MOHAMED

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H.T.A

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 : 18/12/2010

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

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
18/12/2015	Docteur A. Lanceron	O A	309,00	INP : 33203391 Signature : D
Acte : 0522210952	Fax : 0522210952			Email : taguadechot@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/02/20	618.10

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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"/>												
CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																



Le 18.12.20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. TABIAOUTI - Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. ARIFF - Dictionnaire

Présente

Cardiopathie ischémique & Jeune
- Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de:

traitement continu 3 mois avec

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

PPV 22DH40
EXP 11/2021
LOT 90039 5

P.P.V.
98.90
5

P.P.V.
98.90
5

P.P.V.
98.90
5

VASCULAIRES

Docteur TAGMOUTI Fouad

SPECIALISTE DES MALADIES
DU COEUR ET DES VAISSEAUX

de l'Etat de la Faculté de Médecine de Lyon
et la société Française et Européenne de Cardiologie

Sur Rendez-vous

PPV

EXP

LOT

22DH40

01/2022

90039 8

PPV

EXP

LOT

22DH40

11/2021

98004 6

LOT

98004 5

EXP

10/2021

PPV

22DH40

05/22

IPHADERM

CARBOLINE CP BTE 30

PPC : 75.00 DH

It Av :

Lot :

D251H

Centre de prévention avec la

الدكتور التكموتي فؤاد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بليون

عضو الجمعية الفرنسية والأوروبية لأمراض القلب
بالموعد

le 18/2/2020.

Dr ARIFF. Bohamex

en traitement continu.

98.90x3 -- Ambroxol 10.
144 CP/j'

- SECTRAL 20

- Reddip 20

144 CP/j'

sep lepir

22.40x11 - Kandigri 25. -- 1/4 ibre.
carboline.

75,00 --

618.10

Docteur Fouad TAGMOUTI
21, Av Lahcen Ouidder Casablanca
Tél.: 0522 22 20 91 / 0522 26 75 90
Fax : 0522 27 75 90
Email : tagfouad@hotmail.com

Dr Fouad TAGMOUTI
21, Av Lahcen Ouidder Casablanca
Tél.: 0522 22 20 91 / 0522 26 75 90
Fax : 0522 27 75 90
Email : tagfouad@hotmail.com

21, Avenue Lahcen Ouidder Résidence Germaine 3 - Casablanca

Tél.: C. 0522.22.20/91 / 0522.26.75.14 - Fax.: 0522.27.75.90 - Email : tagfouad@hotmail.com

ECG

NOM: arif mohamed ID : Sexe : Age : Date : 18-2-2020

10mm/mV 25mm/s

